Nr. 36. 2. września 1934 Rok XIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁAD KLINICZNY.

Dr. Stanisław LIEBHART, st. asystent Kliniki. Lwów.

Leczenie niepłodności w świetle najnowszych badań[1]).

Z Kliniki Położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie.
Dyr.: Prof. Dr. K. Bocheński.

I.

Leczenie niepłodności wynika ściśle z rozpoznania jej bardzo licznych i wyjątkowo różnorodnych przyczyn. Coraz dokładniejsze i bardziej udoskonalające się metody badań laboratoryjnych, chemicznych i biologicznych pogłębiają w ostatnich czasach etjologję niepłodności, a przez to umożliwiają nam tem skuteczniejsze i celowsze leczenie. W pracy niniejszej będziemy się starać wydobyć szereg przyczyn niepłodności z punktu widzenia najnowszych doświadczeń i badań pomijając rzeczy już ogólnie znane, odwołując się w pewnych dziedzinach do naszej pracy p. t. „W sprawie rozpoznania przyczyn niepłodności".

Ponieważ zapłodnienie jest aktem dwustronnym, przeto postaramy się na samym wstępie odgraniczyć i wydzielić niepłodność męską od niepłodności kobiety, której leczenie pragniemy omówić. Badania przeprowadzone w tym kierunku w Klinice lwowskiej jakoteż dziesięcioletnia statystyka przypadków leczonych w naszym zakładzie, wykazuje cyfry tak charakterystyczne i w znacznym stopniu odmienne od statystyk innych autorów, że pozwolimy je sobie bliżej omówić. Podkreślamy, że pierwszym naszym krokiem w dociekaniu etjologji niepłodności jest wykluczenie winy męża i że we wszystkich przypadkach zasadniczo przeprowadzamy badanie nasienia męża, którego zaniedbujemy tylko na wypadek braku zgody ze strony zainteresowanego. Na 172 przypadków badania nasienia znaleźliśmy kompletną azoospermję tylko w 20% a więc w jednej piątej wszystkich badanych przypadków. Dla porównania umieszczamy poniżej zestawienie tabelaryczne wyników badania nasienia męskiego innych autorów z monografji Nürnbergera.

Kehrer w 96 badanych nasieniach stwierdził w 30% azoospermję.

Lier i Ascher w 132 badanych nasieniach stwierdzili w 32% azoospermję.

Schenk w 110 badanych nasieniach stwierdził w 33% azoospermję.

Knorr w 72 badanych nasieniach stwierdził w 25% azoospermję.

Liebhart w 172 badanych nasieniach stwierdził w 20% azoospermję.

Jak z powyższego zestawienia wynika, statystyka nasza obejmuje największą ilość przypadków a przez to i obliczenia odsetkowe powinnyby być najbardziej zbliżone do prawdy, coby wskazywało, że bezwzględna wina mężczyzn wyraża się cyfrą jednej piątej wszystkich przypadków niepłodności. Jeżeli doliczymy do powyższej jednej piątej grupę nieprawidłowości w anatomicznej budowie prącia jakoteż zaburzenia natury seksualno-nerwowej, to jednak żadną miarą nie dociągniemy do tego, ażeby ustalić bezpośredni udział mężczyzn w niepłodności w wysokości jednej trzeciej wszystkich przypadków, co jest dotychczas ogólnie przyjęte i uznane.

Mamy również pewne zastrzeżenia odnośnie do t. zw. pośredniego udziału mężczyzn w niepłodności, który przeważna ilość autorów ocenia i ustala w dalszej jednej trzeciej badanych przypadków. Zdanie Nürnbergera, jakoby mężczyzna sprowadzał pośrednio niepłodność w tak wysokim procencie przez uprzednie zakażenie rzeżączką a przez to wywołanie u kobiety zmian nieodwracalnych, trwałych, powodujących niepłodność, nie znajduje potwierdzenia w naszej statystyce, która wykazuje najwyżej 20% do 25% takich przypadków a więc znacznie niższy odsetek. Do sprawy tej powrócimy jeszcze przy sposobności omawiania niedrożności trąbek. Niemniej jednak obowiązuje nas ogólnie ostatnio przyjęte zdanie, że winniśmy leczyć nie niepłodne kobiety lecz niepłodne małżeństwa.

[1]) Referat wygłoszony na zjeździe w Krynicy w 1934.

II.

Zmiany względnie schorzenia sromu odgrywają w etjologji niepłodności stosunkowo nieznaczną rolę. Należą tutaj tak schorzenia natury zapalnej jak i rozwojowe wady wrodzone. Do pierwszych należą zapalenia porzeżączkowe, lub też pozostające w związku z przebytym durem, błonicą, płonicą, odrą i t. d. prowadzące do owrzodzenia wewnętrznej powierzchni małych i dużych warg i sprowadzające w konsekwencji częściowe lub całkowite zarośnięcie szpary sromowej. Do tej grupy należy również *kraurosis vulvae,* wreszcie zmiany natury przerostowej albo nowotworowej *(fibroma, lipoma, blastoma, condylomata* i t. d.). Wady wrodzone powstają najczęściej na tle zaburzeń rozwojowych w zatoce moczopłciowej. Do nich należa wrodzone zarośnięcia, nadmierne rozszerzenie cewki moczowej, obojnactwo rzekome, nadto zmiany w obrębie błony dziewiczej. Objawy infantylizmu narządu rodnego obserwowane na sromie omówimy w osobnym rozdziale, odnoszącym się do konstytucji narządu rodnego kobiety.

Badanie pochwy kobiet niepłodnych rozpada się na dwie wielkie grupy: a więc grupę zmian anatomicznych i zaburzeń natury chemicznej i biologicznej odnośnie do flory i chemizmu wydzieliny pochwy. Celem zorjentowania się w jakości flory i jej chemizmie przeprowadzano w przeważnej części przypadków badanie drobnowidowe i oznaczanie stężenia jonów wodorowych wydzieliny. Sprawy powyższe omówiliśmy dokładnie w wyżej wspomnianej pracy, dlatego też w niniejszym referacie streścimy krótko wyniki naszych badań i podamy ich główne wytyczne ewentualnie uzupełnienia nowemi wynikami. Wbrew twierdzeniu niektórych autorów nie spotykaliśmy żadnych typowych zmian w wydzielinie pochwy u kobiet niepłodnych. Stwierdziliśmy cały kalejdoskop drobnoustrojów od pierwszego do czwartego stopnia zanieczyszczenia pochwy, jakoteż najrozmaitszy stopień kwasoty pochwy. Jak wiadomo, przyczyny zmian patologicznych flory pochwy mogą tkwić w samym narządzie rodnym lub też poza nim. Do pierwszych należą źle zgojone pęknięcia krocza, poród i połóg, zakażenie podczas stosunku, schorzenia zapalne macicy i przydatków, biegunki, pasorzyty odbytu, nieżyt pęcherza i t. d.; do przyczyn z poza narządu rodnego zaliczymy te, które powstają konstytucjonalnie lub też wskutek zaburzeń w systemie gruczołów wkrewnych. Wynika to z tego, że pomiędzy florą pochwy a jej ścianą istnieje wyraźna symbioza (Schröder), która może ulec zaburzeniu działaniem systemu wkrewno-wegetatywnego lub wpływami konstytucjonalnemi. Nie ulega wątpliwości, że kwasota pochwy jest tym czynnikiem regulującym biologicznie stan flory pochwy i w warunkach normalnych prowadzącym do samooczyszczenia się pochwy. Wiadomem jest bowiem, że przeważna liczba drobnoustrojów chorobotwórczych nie znajduje warunków do życia w prawidłowej wydzielinie pochwy właśnie spowodu jej wysokiej kwasoty. Dopiero obniżenie tej kwasoty, czyto wskutek zewnętrznego obrażenia podłoża, w którem i drogą którego odbywają się przemiany podtrzymujące prawidłową kwasotę, czy też wskutek wpływów endogenicznych jak niedorozwój błony śluzowej pochwy w związku z ogólną hipoplazją i infantylizmem i wreszcie niedomogą jajników, prowadzącą nieuchronnie do patologicznej wymiany flory. Wzajemna zależność błony śluzowej pochwy i jej flory bakteryjnej jest rzeczą najzupełniej oczywistą, jednak nie we wszystkich przypadkach umiemy stwierdzić, który z tych dwóch czynników jest momentem wywołującym.

Szereg bardzo ciekawych doświadczeń zebraliśmy drogą systematycznych badań stężenia jonów wodorowych pochwy. I tak, tylko w przypadkach zupełnie prawidłowych tak względem flory bakteryjnej (pierwszy lub najwyżej drugi stopień czystości pochwy) jak i budowy anatomicznej pochwy stwierdziliśmy pewną równoległość pomiędzy poszczególnemi etapami cyklu miesiączkowego a obniżeniem się względnie podnoszeniem kwasoty pochwy. Równoległość ta występuje w sensie odwrotnym t. zn. w okresie największego nasilenia czynności jajników kwasota pochwy jest najniższa, natomiast w okresie miesiączkowym i tuż po perjodzie a więc w czasie najsłabszej produkcji hormonu pęcherzykowego, kwasota dochodzi do *maximum.* W przeważnej liczbie przypadków nie mogliśmy jednak wykazać tej wzajemnej zależności podanej przez Grefenberga. Badania nasze (Liebhart, Chrzą-

szczewski) jak i Gänslera i Zwolińskiego nie wykazały wybitnych zmian w kwasocie pochwy w związku z cyklem miesiączkowym. Z okazji tych rozważań wyłania się zagadnienie celowości w przyrodzie w związku z dwoma faktami ustalonemi ponad wszelką wątpliwość, że z jednej strony kwasota pochwy normalnie jest wysoka, a z drugiej plemniki żyją i rozwijają się tylko na podłożu zasadowem a giną w krótkim czasie w kwaśnem. Należy natomiast dodać, że zawartość szyjki macicy jest wyraźnie zasadowa o niskiem stężeniu jonów wodorowych. W tym miejscu pozwolimy sobie przypomnieć doświadczenie wykonane z plemnikami umieszczonemi w otoczeniu kwaśnem obok kropli zasadowej. Doświadczenie to wykazuje gwałtowne przechodzenie plemników z jednej kropli do drugiej, jakby ucieczkę z otoczenia kwaśnego do zasadowego. W tem oświetleniu wydaje się nam istnienie zasadowo reagującej szyjki macicy w pochwie o oznaczonej kwasocie jako celowe urządzenie przyrody w sensie chemotaktycznym. Szyjka macicy zdaje się odgrywać po wytrysku nasienia rolę schronu dla plemników, które przymusowo znalazły się w niekorzystnem dla siebie kwaśnem otoczeniu i szukają w szyjce ocalenia i lepszych warunków życia. Dodajemy nadto, że badania Zwolińskiego i nasze (Liebhart-Chrząszczewski) wykazały, że sam *coitus* powoduje alkalizację pochwy na okres czasu od 8—13 godzin, co w całokształcie poruszanego zagadnienia jest przyczynkiem do zrozumienia celowości urządzeń przyrody w tym najważniejszym akcie — bo akcie rozmnażania i podtrzymania życia. W świetle powyższych wniosków musimy dojść do przekonania, że chemizm i mikrobiologja pochwy odgrywają wybitną rolę w niepłodności kobiety i że leczenie tej ostatniej winno się rozpoczynać od dokładnych badań w tym właśnie kierunku.

Do grupy zmian anatomicznych należy zarośnięcie pochwy tak wrodzone jak i nabyte. Etjologja jego, patogeneza i leczenie jest zupełnie takie same jak przy zarośnięciach sromu, co zostało już w poprzednim rozdziale opisane. Leczenie wszelkiego rodzaju atrezyj jest zasadniczo operacyjne a widoki jego są zależne od umiejscowienia niedrożności, zaawansowania i czasu trwania. Z innych zmian anatomicznych na pierwszy plan wysuwają się nieprawidłowości natury konstytucjonalnej, a z tych znowu cechy mniej lub więcej wyraźnego infantylizmu. Do nich należą krótkość i wąskość pochwy na tle niedorozwoju, płytkość lub nawet brak sklepień pochwowych, niedorozwój warg sromowych, męskie owłosienie, wreszcie niskie zatokowate krocze. Całość zmian infantylnych kobiety omówimy w osobnym rozdziale odnoszącym się do konstytucji kobiety. Na tem miejscu natomiast musimy podkreślić wyjątkowo niekorzystne znaczenie tych zmian w zakresie pochwy dla aktu zapłodnienia. Specjalnie płytkość sklepień pochwowych, krótkość pochwy i niskie krocze powodują prawie natychmiastowe wylewanie się nasienia męskiego po wytrysku, a przez to uniemożliwia względnie wybitnie utrudnia dostanie się plemników do części macicy. Do tej samej grupy zaburzeń należy przeczulica zewnętrznych partyj narządu rodnego pod nazwą waginizmu. Jest to schorzenie przeważnie przejściowe, wynikłe z konstytucji neuropatycznej a polegające na niemożności aktu płciowego. Momentem usposabiającym może być cały szereg czynników psychicznych u kobiety lub wina może leżeć po stronie mężczyzny (niezgrabny i brutalny, próby *coitus*, względna impotencja mężczyzny). Leczenie miejscowe winno być stosowane tylko w przypadkach bardzo twardej błony dziewiczej lub w jej przeczulicy, wreszcie w zranieniach i uszkodzeniach sromu i pochwy. Wszystkie inne wymagają oględnej i celowej psychoterapji dla kobiety a dla mężczyzny pouczenia i celowych wskazówek. Na koniec słówko o t. zw. dyspareunji, polegającej jak wiadomo na nierównoczasowości orgazmu. Zaburzenia tego nie uważamy za przyczynę niepłodności, czemu obszernie daliśmy wyraz w pracy poprzedniej, natomiast zaliczamy je do grupy zaburzeń hormonalnych na tle hipoplazji narządu rodnego.

III.

Wszystkie zmiany wrodzone macicy, jak macica szczątkowa (*uterus rudimentarius*), atrezję wrodzoną ujścia wewnętrznego — zresztą bardzo rzadką — zarośnięcie wnętrza macicy nie omawiam z umysłu, ponieważ dają one obraz zmian przeważnie nieodwracalnych a tem samem niedostępnych leczeniu. Do najczęściej wymienianych zmian w zakresie macicy należy t. zw. zwężenie ujścia zewnętrznego, wewnętrznego i szyjki macicy. Zaburzenie to uważano doniedawna za jedno z najważniejszych przyczyn niepłodności, przeto starano się je zwalczać i usuwać drogą niekrwawych zabiegów i krwawych operacyj. Ostatnio zapatrywania na te sprawy zmieniły się zasadniczo: wiemy z jednej strony, że nawet najwęższa szyjka macicy jest jeszcze dużym i wygodnym tunelem, jak mówi Sellheim, dla trzymikronowych plemników, z drugiej strony przestaliśmy już dawno ewentualną wąskość czy długość szyjki macicy uważać za odosobnione pierwotne schorzenie, a umieszczamy je i odnosimy do ogólnego infantylizmu narządu rodnego, którego zaburzenie to jest jednym z objawów. Z tych względów uważamy jeszcze obecnie szeroko stosowane rozszerzenie szyjki macicy za zabieg przeważnie niecelowy a w wielu przypadkach nawet za błąd w sztuce. Natomiast w przeważnej liczbie przypadków wąskiej szyjki macicy stwierdzamy gęsty, o dużej lepkości czop śluzu, który naszem zdaniem jest istotną przyczyną niepłodności. Stąd znane są opisywane przypadki zajścia w ciążę kobiet długoletnio niepłodnych po jednorazowem tylko sondowaniu szyjki macicy (Hofmeier). Tu też zaliczam przypadki wyleczenia niepłodności po wykonaniu nawet jednorazowej salpingografji, przytaczanych często przez Francuzów. Jak wiadomo, w zabiegu tym wprowadza się do macicy kanjulę Braun'a celem wlania płynu kontrastowego. Wprowadzenie tej kanjuli jest przecież niczem innem jak właśnie sondowaniem szyjki macicy a przez to udrożnienie jej i usunięcie wspomnianego czopu śluzowego. W inny bowiem sposób trudno sobie tłumaczyć terapeutyczne działanie uterosalpingografji.

Z innych nieprawidłowości samej macicy wymienić należy patologiczne przodozgięcie, które ma znaczenie nietylko jako przeszkoda mechaniczna (ostry kąt zgięcia), ale i przedstawia zaburzenia w systemie hydrodynamicznym cieczy a raczej prądów cieczy krążących między ujściem brzusznem jajowodu a ujściem wewnętrznem macicy. Podobne znaczenie ma i tyłozgięcie macicy. Stwarza ono nietylko przeszkodę w przejściu plemników przez ujście wewnętrzne ale i uniemożliwia lub utrudnia dostanie się ich do szyjki, przez ujście zewnętrzne spowodu uniesienia całej części pochwowej ku spojeniu łonowem. Ważnym jest również moment wytworzenia sztucznej niedrożności w macicznem ujściu jajowodów przez zagięcię ich ciężarem tyłozgiętej macicy, a tem samem utrudnienie przedostania się plemników znajdujących się już w macicy do jajowodów. Osobnego omówienia wymaga nieżyt szyjki macicy, który odgrywa w etjologji niepłodności również znaczną rolę. Wyleczenie go niezawsze należy do rzeczy łatwych, zwłaszcza w przypadkach przewlekłych, niemniej jednak winno być radykalnie i konsekwentnie przeprowadzone. O nieco mniejszem znaczeniu są zmiany położeń macicy w kierunkach bocznych (*lateroflexio, lateropositio*).

Poglądy nasze odnośnie do zapaleń w obrębie samej macicy uległy ostatnio znacznym zmianom. Dzięki pracom Hitschmanna i Adlera, a następnie Schrödera umiemy dokładnie odróżniać przerost gruczołowy błony macicy właściwy danej fazie cyklu miesiączkowego, od przerostu zapalnego. Dlatego też i rozpoznanie zapalenia błony śluzowej macicy jest stanowczo rzadsze niż dawniej. Z tych samych względów bardzo chętnie dawniej używany termin *endometritis haemorrhagica* stracił na znaczeniu, ponieważ wiemy, że zaburzenie to jest przeważnie wynikiem jakiejś dysfunkcji jajników, o ile oczywiście niema tła anatomicznego w samej macicy jak gruźlica błony śluzowej, polipowatość, nowotwory i t. d.

Osobną grupę schorzeń mających łączność z etjologją niepłodności tworzą włókniaki. I w tej sprawie sądy nasze zmieniły się w ostatnich czasach zasadniczo. Dawniejsi badacze z Olshausenem na czele uważali, że włókniaki wywołują stale niepłodność. Długoletnie dane statystyczne a przedewszystkiem obserwacja kliniczna nie potwierdziły tego zapatrywania. Przeciwnie, znamy bardzo wiele przypadków nawet łatwych zajść w ciążę u kobiet nawet z dużemi włókniakami, przyczem nawet umiejscowienie ich często jest bez większego znaczenia. Zdajemy sobie sprawę, że włókniaki mogą do pewnego stopnia stanowić przeszkodę mechaniczną w zapłodnieniu, ponadto wiemy, że ani niepłodność nie wywołuje mięśniaków ani też mięśniaki nie są przyczyną niepłodności, lecz są one tylko skutkiem ogólnego kompleksu objawów związanych z czynnością jajnika. W leczeniu tych spraw musi być brany pod uwagę całokształt powyższego zagadnienia. Nowotwory złośliwe macicy nie mogą być przedmiotem leczenia niepłodności spowodu szybkiego przebiegu sprawy chorobowej i konieczności zabiegu operacyjnego.

IV.

Schorzenia trąbek dzielimy na: zapalne i rozwojowe względnie konstytucjonalne. Zapalne zmiany w trąbkach stanowią osobny duży rozdział w zagadnieniu niepłodności. Zakażenie może iść jak wiadomo drogą wstępującą od pochwy i macicy, nadto drogą zstępującą a więc z okolicy trąbek w jamie brzusznej i wreszcie drogą krwi. Najczęstszem jest zakażenie wstępujące w związku z zakażeniem swoistem czy też nieswoistem pochwy, macicy, w związku z przebytym porodem lub poronieniem lub też schorzeniami macicy i nowotworami o charakterze rozpadowym. Zakażenie zstępujące ma znowuż najczęściej swe źródło w schorzeniach wyrostka ro-

baczkowego. Odnośnie do ostatniej postaci zakażenia odnoszono się doniedawna sceptycznie. Dopiero przypadek opisany przez Thalera wykazujący w autopsji u 22-letniej dziewicy ropne zapalenie trąbek w związku z przebytem zakażeniem paciorkowcowem pochodzącem z migdałków, przekonał nas ponad wszelką wątpliwość o możliwości istnienia odosobnionej *salpingitis* o charakterze przerzutowym. O niemożności zajścia w ciążę w procesach zapalnych trąbek nie decyduje jednak stan ostry tego schorzenia, lecz jego zejście i następstwa. Każde zapalenie trąbek, zwłaszcza nieswoiste, może wyleczyć się całkowicie nietylko w klinicznem ale nawet w anatomicznem tego słowa znaczeniu. W tym wypadku nie stanowi przeszkody zajścia w ciążę. W przeważnej jednak ilości przypadków proces zapalny trąbek prowadzi do zlepienia się i zrośnięcia ścian trąbek ze sobą, prowadząc nieuchronnie do niedrożności trąbek. Najczęstsze są zarośnięcia światła trąbki w części ampularnej. W przypadkach cięższych mamy niejednokrotnie do czynienia z zarośnięciem całkowitem światła trąbki. W przypadkach pozapalnych należy stwierdzić każdorazowo, czy zmiany powyżej wymienione obejmują jedną trąbkę, czy też są obustronne. W tem miejscu musimy zaznaczyć, że nie możemy się zgodzić z Nürnbergerem, który twierdzi, że zakażenie rzeżączkowe wywołuje obustronne schorzenie jajowodów, podczas gdy zakażenie paciorkowcowo-gronkowcowe jednostronne. Spotykaliśmy najczęściej właśnie obustronne zajęcie przydatków w związku z przebytemi poronieniami aseptycznemi i nawet po porodzie, bez żadnego śladu zakażenia rzeżączkowego. Nadto uważamy, że panujące dotychczas prawie wszechwładnie zapatrywanie, że przyczyną zapaleń narządu rodnego w ogólności a jajowodów i jajników w szczególności jest prawie wyłącznie rzeżączka, przeżywa obecnie zasadniczy kryzys. Czyżewicz, Engelman i Peham twierdzą wręcz odwrotnie, że w przeważającej liczbie przypadków przyczyną zapaleń są przebyte poronienia, sztuczne lub samoistne a więc zakażenie paciorkowcowo-gronkowcowe. Na podstawie wyżej omówionych a przeprowadzonych przez nas badań wydzieliny, które wykazały znikomy odsetek rzeżączki, dalej na podstawie bardzo skrupulatnie ściąganych wywiadów w każdym przypadku niepłodności, w którym nie znajdowaliśmy punktu zaczepienia dla rzeżączki, natomiast bardzo często stwierdzić mogliśmy przebyte uprzednio poronienia, przechylamy się do zdania, że w przypadkach tych mamy do czynienia raczej z zakażeniem paciorkowcowo-gronkowcowem a nie rzeżączkowem. Jeżeli ponadto uwzględnimy okoliczność, że nie wszystkie zapalenia przydatków wynikają wskutek zakażenia wstępującego, lecz że pewien ich odsetek należy położyć na karb zak. zstępującego, że wspomnimy tylko o wpływie zapalnych stanów wyrostka robaczkowego na przydatki — to bilans rozważań wypadnie dla teorji o przewadze rzeżączkowej jeszcze ujemniej.

Z kwestją powyższą łączy się ściśle zagadnienie leczenia następowej niedrożności trąbek. Jest ono albo zachowawcze — albo operacyjne. Do zachowawczych należy terapeutyczna persuflacja czyli przedmuchiwanie trąbek. W klinice lwowskiej przeprowadziliśmy w ostatniem dziesięcioleciu około 460 persuflacyj. W zabiegu tym nie notowaliśmy żadnych większych powikłań poza dwoma zapadami *intra persuflationem* o charakterze przejściowym, u trzech zaś dłużej trwającą bolesność trąbek. Cyfry te potwierdzające nieszkodliwość tego zabiegu podajemy z umysłu i podkreślamy z naciskiem, jakoże wielu autorów odnosi się doń z pewną rezerwą, a niektórzy nawet uważają ten zabieg za wręcz niebezpieczny. Dodajemy, że w wielu wypadkach przy niedrożnych trąbkach zabieg ten wykonywamy kilkakrotnie w krótkich odstępach czasu. Odsetek zajścia w ciążę po przedmuchaniu obliczamy mniejwięcej na 20%, co się zresztą zgadza z analogicznemi statystykami jak Rubina i innych. Stwierdzamy, że przedmuchiwanie trąbek w ręku doświadczonego ginekologa jest jednym z najbardziej celowych i skutecznych zabiegów w celu usunięcia niepłodności. Operacyjne metody leczenia niedrożności trąbek ogranicza się zasadniczo do dwóch metod a mianowicie: do udrożnienia ujścia brzusznego jajowodu drogą t. zw. salpingografji i do wszczepienia drożnej części trąbki do jamy macicy. Jak dotychczas podano w tej dziedzinie szereg najrozmaitszych metod operacyjnych, jednakże po żadnej z nich nie uzyskano jak dotąd oczekiwanych wyników.

Z licznych zmian rozwojowych na pierwszy plan wysuwają się zmiany na tle infantylizmu, czyli dziecięcości trąbek, którego objawy wymienialiśmy wielokrotnie w ciągu niniejszej pracy, przy sposobności opisu cech infantylnych poszczególnych części narządu rodnego. Infantylizm trąbek objawia się w ich nadmiernej długości, a przez to poskręcaniu i bardzo wąskiem ich świetle wreszcie w niedorozwoju strzępków *(fimbriae)*. Do tej samej kategorji zmian zaliczyć należy wysokie ustawienie jajników, poza *„linea terminalis"*.

Dok. nast.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Dr. Halina JANKOWSKA, Kier. Opieki Rodzinnej nad psychicznie chorymi w Wileńszczyźnie. Wilno.

O opiece rodzinnej nad psychicznie chorymi.

> „Opieka rodzinna zapewni choremu to, czego najlepiej prowadzony, najwspanialej urządzony zakład psychjatryczny nigdy zapewnić nie zdoła: pełne bytowanie wśród zdrowych, powrót ze sztucznych, monotonnych warunków do normalnego środowiska społecznego, dobrodziejstwa życia rodzinnego".
>
> *Griesinger.*

Jakkolwiek za przykładem Belgji, szereg państw europejskich przy końcu ubiegłego stulecia zapoczątkował z powodzeniem opiekę rodzinną nad psychicznie chorymi, to w Polsce istotnie wielkie dobrodziejstwo tej opieki mamy możność stwierdzić i zastosować dopiero dzisiaj, kiedy ten rodzaj opieki zaczyna się u nas rozwijać.

Wypada tu, ze wstydem dla psychjatrji polskiej, przyznać, że do zapoczątkowania opieki rodzinnej nad psychicznie chorymi przyczyniły się nietyle względy psychjatryczne, co konieczności materjalne. Zubożenie ogólne skłania z jednej strony instytucje i rodziny do tańszego umieszczania chorych, z drugiej — ludność wiejską do tego rodzaju zajęcia.

Dążenia te spotkały się z wielkiem uznaniem i poparciem ze strony psychjatrji.

Poza opieką rodzinną stosowaną przy niektórych zakładach psychjatrycznych, gdzie spokojni chorzy oddawani są pod opiekę rodzin pielęgniarzy, opieka taka w Wileńszczyźnie rozwinęła się niezależnie od Zakładu psychjatrycznego. Istnieją tu dwa oddziały: jeden w gminie Olkienickiej dla chorych Żydów wśród włościańskiej ludności żydowskiej, i drugi dla chorych chrześcijan, w którym opiekę nad psychicznie chorymi chrześcijanami zajmuje się drobna szlachta gminy Rudziskiej. Opieka rodzinna w Wileńszczyźnie jest zorganizowana w stowarzyszenie, którego członkami są wszyscy opiekunowie. Wybierają oni spośród siebie Zarządy oddziałów, których pracą kieruje lekarz-kierownik, zjednany przez Zarząd Wojewódzki Stowarzyszenia.

Opieka rodzinna w Wileńszczyźnie liczy obecnie blisko 400 chorych.

Na podstawie półtorarocznego doświadczenia, pomimo, że byłam przygotowana na dodatnie wyniki tego rodzaju opieki, muszę przyznać, że wyniki jej są czasem zadziwiające.

Opieka rodzinna jest szczególnem dobrodziejstwem dla chorych dotkniętych schizofrenją, którzy to chorzy stanowią ponad 50% psychicznie chorych.

Najistotniejszą cechą schizofrenji jest rozdźwięk, który panuje u chorych, pomiędzy nimi a otoczeniem. Chory taki, urażony istotnie lub w swem mniemaniu przez otoczenie, odgradza się od niego murem psychicznym niedoprzebycia: pogrąża się w świat często fantastycznych, nierealnych marzeń, których rzekome urzeczywistnienie przeżywa w oderwaniu od rzeczywistości. Zastyga on stopniowo w tej wrogiej do otoczenia postawie i w świecie swych stężałych urojeń, które w zetknięciu ze znienawidzoną, antagonistyczną często w stosunku do jego marzeń, rzeczywistością wywołują nieraz wybuchy agresywne. Chorzy ci napozór zupełnie otępiali i zobojętniali, nieprzejawiający prawie swego wewnętrznego życia, przecież — wbrew pozorom — nie zatracają wrażliwości uczuciowej i zdolności reagowania na warunki swego bytu, na stosunek do nich otoczenia. O tem, że tak jest w istocie, świadczy między innemi wpływ opieki rodzinnej na tego rodzaju chorych, bo tej właśnie okoliczności wyniki te zawdzięczamy. Przewlekły schizofrenik, stanowiący główny kontyngent oddziałów t. zw. „spokojnych", „autystycznych" czy „nieczystych" szpitali psychjatrycznych — jest w szpitalu pozostawiony niemal wyłącznie samemu sobie.

Samorzutnie odwracający się od otoczenia, mało dostępny przy usiłowaniach nawiązania z nim łączności, zesztywniały, osłupiały, chory taki w zakładzie psychjatrycznym w tłumie innych podobnych mu chorych, pozostaje w istocie sam, wśród warunków dla siebie sztucznych, obcych, niezrozumiałych, gdzie pierwiastek wpływu zdrowej psychiki jest tak bardzo rozcieńczony w morzu otaczającej go psychiki chorej. Chorego takiego nie podejrzewamy często, że na te warunki oddziaływa ujemnie, bo tego oddziaływania nie okazuje.

O tem, że w istocie jest inaczej, przekonywujemy się niejednokrotnie, gdy chory po szeregu nieraz latach przebytych w zakładzie psychjatrycznym, znajdzie się w otoczeniu swobodnem, bez sztuczności warunków szpitalnych, w otoczeniu rodzinnego życia,

w atmosferze serdecznej troski o niego i żywego zainteresowania.

Cały szereg chorych przy tej zmianie warunków zmienia się do niepoznania[1]): chorzy niemówiący, pozostający miesiącami, czy nawet latami w osłupiałym bezruchu, zaczynają stopniowo mówić i interesować się otoczeniem, w którego zajęciach przyjmują udział, zaczynają okazywać ożywienie, a nawet wesołość i inicjatywę; chorzy, którzy okazywali wrogość i nieprzystępność w warunkach szpitalnych, lub złych i nieodpowiednich, wypaczających ideę, warunkach opieki rodzinnej. W odpowiednich warunkach tej opieki zmieniają do tych samych nawet osób swój stosunek na przychylny, przyjazny, bodaj serdeczny, tak dalece, że w tem nowem, w istocie obcem im otoczeniu odnajdują swych rodziców, małżonków, dzieci.

Rozmiary tego artykułu nie pozwalają mi szczegółowo rozpatrywać wpływu opieki rodzinnej na inne rodzaje chorób psychicznych. powiem tylko, że zrozumiałem jest samo przez się, że w innych postaciach przewlekłych chorób psychicznych, w których osobowość chorego jest znacznie mniej zmieniona niż w schizofrenji, gdzie zmiany psychiczne są raczej ilościowe, niż jakościowe, dodatnie reagowanie chorego na odpowiednio dobrane warunki opieki rodzinnej, w porównaniu z warunkami zakładów psychjatrycznych jest do przewidzenia i doświadczenie to przewidywanie potwierdza, jakkolwiek wpływ tej zmiany na sam wyraz choroby jest o wiele mniejszy, niż w schizofrenji.

Opieka rodzinna nad psychicznie chorymi, która — jak widzimy — ma wysoce zbawienny wpływ na chorych, przy odpowiedniem jej zorganizowaniu i właściwem oddziaływaniu i odpowiednich wymaganiach stawianych opiekunom zarówno w sprawach materjalnych (sanitarnych, higjenicznych, estetycznych) jak i moralnych, wywiera też potężny wpływ ukulturalniający na ludność, która się tej opiece poświęca.

Stroną tej opieki, która mogłaby budzić obawy i niepokój w trosce o zdrowie psychiczne przyszłego pokolenia, byłby wpływ chorych na dzieci swych opiekunów. Zagadnienie to nie było dotąd poruszane w piśmiennictwie, w każdym razie ja się z tem nie spotkałam. Wyniki więc moich spostrzeżeń, dotyczące tego zagadnienia były dla mnie zupełnie nowe i uspakajające. Współżycie psychicznie chorych i dzieci okazało się bardzo korzystne dla obu stron. Dzieci są w opiece rodzinnej tym elementem, który stanowi dla chorych, poróżnionych ze światem rzeczywistym, rodzaj pomostu, przez który stopniowo zainteresowują sie oni otoczeniem i wchodzą z niem w kontakt. W swym stosunku do dzieci wykazują oni nieraz uczucia żywego przywiązania.

Dzieci naogół bardzo szybko pozbywają się pewnego lęku, którego doznają przy przybyciu pierwszego chorego, niebawem przyzwyczajają się i przywiązują do tych dziwnych z początku domowników. Dzieci lubią chorych, lubią się z nimi bawić, rozmawiać, a nawet twierdzą, że wolą obcować z chorymi, niż ze zdrowymi dorosłymi. Dzieci też bardzo chętnie opiekują się chorymi, gdy ci tej opieki od nich potrzebują.

Jeżeli z mego doświadczenia, którem się tutaj w ogólnych zarysach z czytelnikami podzieliłam, wynika, że opieka rodzinna nad psychicznie chorymi jest czynnikiem niezmiernie doniosłym dla lecznictwa psychjatrycznego, jak też czynnikiem wychowawczym i ukulturniającym dla ludności, która się tą opieką zajmuje, to muszę zaznaczyć, że te wyniki zależą w dużej mierze od odpowiedniego kierownictwa, że bez niego obie te idee łatwo mogą zboczyć na manowce.

Zewnętrzne zastosowanie się do wymagań sanitarnych jeszcze niedość mówi o poziomie kulturalnym ludności, która w wypełnianiu opieki nad psychicznie chorymi pod właściwem kierownictwem stopniowo przyswaja sobie zrozumienie, wyrozumienie, pobłażliwość i odpowiednie sposoby postępowania z chorymi. Jakaż wielka praca wewnętrzo-wychowawcza dokonywuje się w tych ludziach, przeważnie nawet mało piśmiennych! Ale praca ta, zarówno jak i opieka sama dokonywuje się należycie wtedy, gdy opiekunowie sami nie są zaangażowani w zdobywaniu chorych, kiedy nie są owładnięci pogonią za zyskiem. Ten moment bowiem jest bardzo niebezpieczny, bardzo demoralizujący, i zdecydowanie powinien dyskwalifikować opiekę rodzinną, opartą na tych podstawach.

Niestety mamy z nią (t. zn. pogonią za zyskiem) w naszym kraju do czynienia i powinna ona być stanowczo przez czynniki rządowe zwalczana. Opiekun powinien mieć to przeświadczenie, że dom i rodzina jego jest miejscem dla chorego, którem rozporządza lekarz, kierując się w umieszczaniu chorych wyłącznie względami psychjatrycznemi (oczywiście i psychologicznemi, jeżeli chodzi o ocenę warunków środowiska, które indywidualnie winno się dobierać do chorego). Lekarz, kierujący opieką rodzinną, powinien być nietylko zawodowcem ale i społecznikiem, mającym na celu i dobro opiekunów, choćby dlatego, że tylko wtedy, gdy opiekun będzie zadowolony, będzie u niego dobrze choremu.

Dla dobra psychicznie chorych, dla dobra tej ludności, która się opiece nad tymi chorymi poświęca, dla ulżenia wreszcie rodzinom chorych, samorządom i instytucjom utrzymującym chorych, pragnę, by opieka rodzinna zatoczyła jaknajszersze kręgi w naszym kraju, i nie ustawałabym w nawoływaniu do tworzenia w różnych dzielnicach Rzeczypospolitej zorganizowanej na prawidłowych zasadach opieki rodzinnej nad psychicznie chorymi.

Jednocześnie jednak nie przestanę przestrzegać przed opieką rodzinną powstającą i rozwijającą się, jako prywatne przedsiębiorstwa w pogoni za zyskiem, które, jak mnie to nauczyło smutne doświadczenie, demoralizują ludność i wywierają często ujemny wpływ na chorych.

[1]) Podobną zmianę spostrzegamy nieraz także u chorych, którzy przybywają z domów własnych rodzin; warunki, w których powstała choroba psychiczna, są naogół niepożądaną atmosferą dla dalszego przebywania chorego. Z jednej strony bowiem chory kultywuje wrogi stosunek do własnej rodziny, z drugiej — w swojej rodzinie trudniej niż wśród obcych znajduje on zrozumienie i właściwy do siebie stosunek.

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Alfred KAMSLER. Zakopane.

Odma czy też wyrwanie nerwu przeponowego?

Zdawałoby się, że wskazania do odmy jak wogóle do leczenia chirurgicznego gruźlicy płuc są oddawna ustalone, ale tak w rzeczywistości nie jest. Przeciwnie, ma się wrażenie, że pod wpływem ostatnio często stosowanego kombinowanego leczenia odmą, wyrwaniem nerwu przeponowego i plastyką, nastąpiło pod tym względem pewne zamieszanie. Zresztą wskazania nie mogą być ustalone na dłuższy okres czasu, już choćby z tego powodu, że same zabiegi chirurgiczne ulegają ustawicznie zmianie i udoskonaleniu.

Doniedawna stosowano odmę tylko w przypadkach klinicznie czysto jednostronnych. Wyniki takiego ostrożnego leczenia były oczywiście bardzo dobre. W przypadkach, w których pod wpływem odmy jednostronnej wystąpiły przerzuty na drugie płuco, postępowanie nasze uległo zasadniczym zmianom. Przedtem wypuszczano odmę z pierwotnie leczonego płuca, aby po pewnym czasie założyć ją po stronie przeciwnej. Obecnie stosuje się przeważnie odmę dwustronną.

W miarę zapoznania się z fizjopatologją odmy dwustronnej, przystąpiono wreszcie do stosowania jej u chorych na pierwotnie obustronną gruźlicę płuc. Wyniki tej metody nie mogły być, rzecz prosta, tak dobre, jak przy odmie jednostronnej, bo sam proces chorobowy był cięższy. Odmę dwustronną rozpoczyna się przeważnie od strony cięższej chorej, względnie bardziej czynnej i można niekiedy stwierdzić poprawę nietylko leczonego, ale także drugiego płuca. W tych szczęśliwych przypadkach zakładanie odmy po stronie drugiej staje się zbyteczne. Mniejszość lekarzy zakłada odmę w przypadkach dwustronnych naprzód po stronie lekko chorej, aby ją szybko podleczyć, i dopiero potem zakłada ją po stronie cięższej chorej. Ten sposób postępowania jest niewątpliwie dobrze pomyślany, ale naogół się nie przyjął. Odmę dwustronną można również założyć jednoczasowo. Sposób ten jest, zdaje się, najbardziej przystosowany do warunków statycznych w obrębie klatki piersiowej.

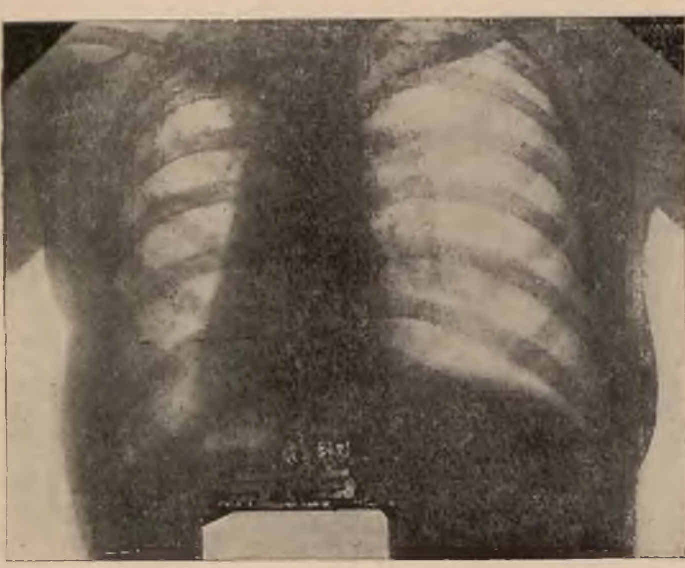
Leczenie uciskowe rozpoczyna się zazwyczaj według powyższego planu. Plan ten jest tylko wtedy godnym polecenia, jeżeli płuca są wolne od zrostów i same jamy gruźlicze niezbyt wielkie. Odma, którą w korzystnych przypadkach możnaby nazwać zabiegiem prostym, jest tylko wtedy metodą wyboru, jeżeli przebiega bez powikłań (np. bez wysięku) i jeżeli płuco jest wolne od przyczepów, niestanowiących przeszkody w pożądanym ucisku chorego płuca. Zrosty i wysięk komplikują w znacznej mierze odmę i są powodem jej nader częstych niepowodzeń. Chcąc konsekwentnie stosować w tych wypadkach leczenie uciskowe, koniecznem bywa uciekanie się do innych wtórnych zabiegów, a mianowicie do odmy oliwnej, torakokaustyki, wyrwania nerwu przeponowego, plomby lub plastyki.

Odma, jako najczęściej stosowany zabieg leczniczy, wymaga w wielu przypadkach operacyj uzupełniających, z których każda kryje w sobie pewne niebezpieczeństwo. Samo założenie naraża chorego na przykrości. Przedewszystkiem należy pamiętać o urazie psychicznym wywołanym przez długie leczenie i stałą zależ-

ność chorego od lekarza. Uraz ten potęguje się, jeśli chory, zmieniając miejsce swego pobytu, musi zmienić również lekarza. W związku z tem nie wolno również zataić faktu, że zmiana lekarza nie zawsze wpływa korzystnie na stan samej choroby. Każdy z nich ma niestety inny sposób leczenia tak, że chory nie podlega jednolitemu planowi leczniczemu. Przyczynia się to, przynajmniej w pewnej mierze, do niepowodzenia odmy. Z właściwych powikłań wchodzą w grę zator, przepuklina śródpiersia, rozedma podskórna i rozedma śródpiersia. Najpoważniejszem powikłaniem jest bezsprzecznie wysięk. Zmusza on często do punkcji lub, w razie przeistoczenia się płynu w ropę, do zastosowania operacyj wtórnych, odmy oliwnej, torakotomji, plastyki i t. d. Obecność zrostów przeszkadza często w uzyskaniu ucisku płuca i dlatego musi się je niejednokrotnie przepalać. Warunkiem dla wykonania tego zabiegu jest odpowiednie umiejscowienie i budowa zrostu. Kaustyka jest z odmą ściśle związana. Pomijając to, że zabieg jest dla chorego nieprzyjemny, to i on kryje w sobie pewne niebezpieczeństwa, z których najważniejszem jest obok krwotoku znowu wysięk i ropień.

Powikłania, które są więc w przebiegu odmy dość liczne, biorą często zły obrót. Burnand i de Weck podają, że mieli 8% przypadków śmiertelnych, które zawdzięczają odmie, jako metodzie.

Podczas leczenia, albo dopiero po wykonaniu kilku różnych zabiegów wtórnych, może się okazać, że odma jest w danym wypadku niewystarczającą, i dlatego musi się przejść albo do leczenia czysto chirurgicznego jak np. torakoplastyki, albo wogóle zrezygnować z leczenia czynnego. Odma wymaga stałego napięcia i uwagi tak ze strony pacjenta, jak ze strony lekarza. Stosując odmę, musi się być przygotowanym na to, że będzie trzeba u jednego i tego samego pacjenta przeprowadzić cały szereg mniej lub więcej nieprzyjemnych i niebezpiecznych zabiegów. Istotnie, na tle niepowodzeń odmy, jako zabiegu prostego, wytworzyła się w ostatnim czasie nadmierna aktywność w leczeniu gruźlicy płuc. W tych warunkach trudno mówić o wskazaniach leczniczych, bo właściwie każdy przypadek może się nadawać do leczenia odmą i to albo jednostronną, albo dwustronną. W razie nieudania się odmy, przystępuje się do dalszych zabiegów. Takie nastawienie spowodowało, że od czasu do czasu

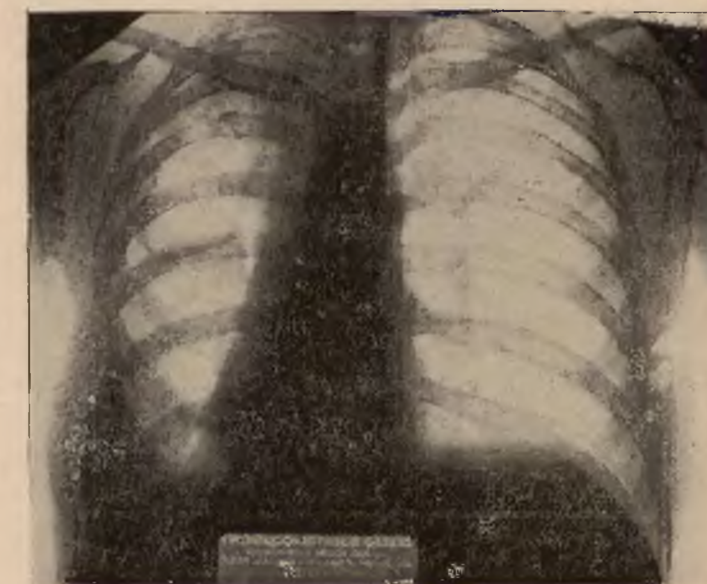


Ryc. 1.

czyta się o groteskowych przypadkach, w których chorzy musieli poddać się wszystkim znanym nam dotychczas zabiegom. Nie można oprzeć się wrażeniu, że chorzy ci pozostali przy życiu nie dzięki wykonanym zabiegom, ale mimo tych zabiegów. Wiedząc, jak kapryśną jest gruźlica płuc i jak często występuje u chorych niespodziewanie i samorzutnie poprawa, należy przypuszczać, że przynajmniej u pewnej liczby chorych nastąpiłaby ona równie dobrze przy pomocy dłuższej kuracji klimatyczno-wypoczynkowej.

Wyrwanie nerwu przeponowego, plombę i plastykę, jak wogóle wszelkie zabiegi chirurgiczne, można również nazwać prostemi, jeżeli się do nich przystępuje bez poprzedniego stosowania odmy. Zależnie od ogólnego stanu chorego, od umiejscowienia i rozległości ognisk, wybiera się jeden z tych zabiegów. Zabieg prosty jest więc w powyższem znaczeniu takim zabiegiem, który samodzielnie, bez potrzeby dołączenia wtórnego zabiegu, sprzyja leczeniu chorego płuca. Wszystkie operacje, wykonane w tym celu, aby z jakichkolwiek powodów uzupełnić, względnie zastąpić poprzedzający zabieg, są operacjami wtórnemi.

Zabiegi chirurgiczne dają podobnie, jak nieskomplikowana odma, bardzo dobre wyniki. Wyniki te są w porównaniu z odmą może o tyle lepsze, że są, zdaje się, trwalsze. Pod względem technicznym nie przedstawiają one obecnie większych trudności, a śmiertelność pooperacyjna po *lege artis* wykonanej plastyce, nie mówiąc już o wyrwaniu nerwu przeponowego, jest stosunkowo niewielka.



Ryc. 2.

Celem terapji w gruźlicy płuc powinno być przyspieszenie choremu odzyskania zdolności do pracy. Dlatego powinno się każdorazowo wybrać taki zabieg leczniczy, który będąc zabiegiem prostym, prowadziłby możliwie szybko i samodzielnie do celu. Nasuwa się więc tutaj mimowoli pytanie, czy nie możnaby w wielu wypadkach zastosować *a priori* jednego z zabiegów chirurgicznych z pominięciem odmy, narażającej chorego na długie leczenie i komplikacje. Pytanie dotyczy naturalnie tylko tych chorych, u których systematycznie przeprowadzone leczenie klimatyczne i zachowawcze zawiodło. W każdym bowiem wypadku, może tylko z wyjątkiem powtarzających się krwotoków, powinno się je niezwłocznie zastosować, aby w ten sposób uchronić chorego przed leczeniem czynnem.

Nie ulega wątpliwości, że działanie wyrwania nerwu przeponowego jest często bardzo korzystne. Na podstawie piśmiennictwa można wnioskować, że wyniki tej operacji są, jeśli nie lepsze, to conajmniej nie o wiele gorsze od odmy. Są autorzy, którzy starają się dowieść, że z obu metod leczniczych wyrwanie n. p. daje wyniki nawet lepsze. (Wirth i Kön v. Jaski, Morin).

Pierwsi podali zestawienie wyników wyrwania nerwu przeponowego u 600 chorych. Zrazu stosowali oni ten zabieg w przypadkach z licznemi zrostami, u których odmy nie można było założyć. Wyniki były tak zachęcające, że zaczęli go stosować u wszystkich chorych, bez względu na obecność zrostów i umiejscowienie ognisk. Wyrwanie n. p. dało, według nich, w porównaniu z późnemi wynikami odmy znacznie lepsze wyniki: 72.8% chorych odzyskało zdolność do częściowej pracy. Badania kliniczne i radjologiczne wykazały 52% wyników dodatnich, 29% pogorszeń, i 19% przypadków bez zmian. Wśród pozostałych przy życiu 57,8% chorych, w kilka lat po dokonanym zabiegu, 61% chorych straciło prątki. Autorzy doszli do wniosku, że nie powinno się narażać chorego na przykrości połączone z leczeniem odmą, bez poprzedniego zastosowania wyrwania nerwu przeponowego.

Morin porównał w jednej z swych prac 321 przypadków odmy z 174 przypadkami wyrwania n. p. W przypadkach odmy miał on 54% poprawy, 27% przypadków bez poprawy i 19% pogorszeń. 144 chorych czyli 45% przestało prątkować. Z powikłań stwierdzał on w 35% wysięk, w 48% zrosty, u 11 chorych przebicie płuca i na tem tle u 4 chorych zejście śmiertelne. W przypadkach wyrwania n. p. stwierdzał Morin u 100 cho-

rych (58%) poprawę, wśród których było 54 chorych (31%) klinicznie wyleczonych. U 55 chorych (32%) nie było poprawy, u 18 nastąpiło pogorszenie. 122 chorych (75%) prątków nie straciło.

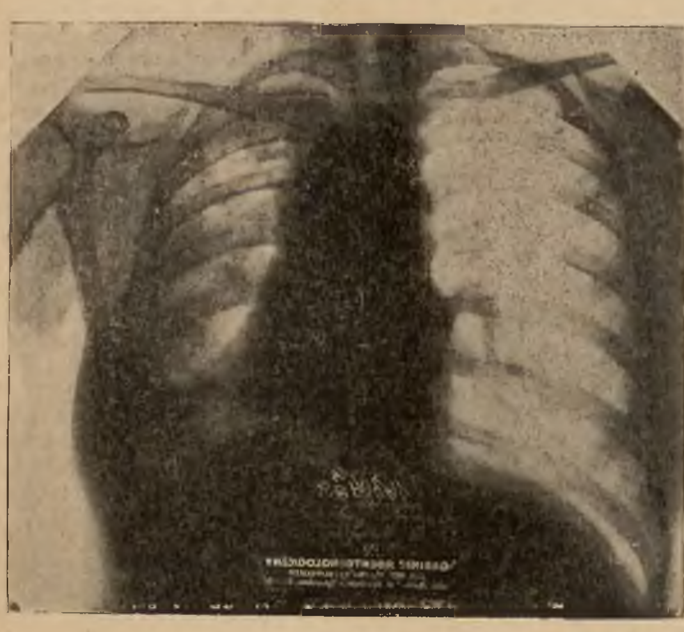
Zestawienie przemawia za tem, aby w pierwszym rzędzie stosować wyrwanie n. p. Stanowisko to popiera autor tem, że wyrwanie nie daje żadnych powikłań, podczas gdy powikłania w przebiegu odmy są na porządku dziennym.

Należy szczególnie podkreślić, że wymienieni autorzy mieli do zawdzięczenia dobre wyniki wyrwania przedewszystkiem tej okoliczności, że stosowali je nietylko u chorych ze zrostami, ale także niezależnie od tego i u wszystkich innych.



Ryc. 3.

Większość autorów jest zdania, że wyrwanie n. p. powinno się stosować w przypadkach, w których ogniska nie rozwijają się zbyt szybko, nie są zbyt stare i znajdują się wśród zdrowej tkanki płucnej. Rodzaj schorzenia (np. jama) i umiejscowienie (szczyt, wnęka, podstawa) nie mają znaczenia. Naogół nie zaleca się stosowania wyrwania n. p. w przypadkach ze zmianami



Ryc. 4.

staremi i z jamami o grubej otoczce, niezdolnemi do zaciągania się.

Przytoczony poniżej przypadek posłuży za dowód, że wyrwanie nerwu przeponowego może dać także i wtedy dobre wyniki, jeśli mamy do czynienia z bardzo wielkiemi i staremi jamami o silnie zgrubiałej otoczce.

M. G. lat 27. W roku 1926 przechodzi grypę. Od tego czasu kaszel. Przez 22 miesięcy leczy się w nizinach. W roku 1927 założono odmę, którą musiano jednak przerwać spowodu zrostów. Chora przebywa od grudnia 1930 w Zakopanem.

Pierwsze zdjęcie wykazuje bardzo wielką jamę w lewem płucu, obejmującą prawie cały górny płat. Wobec tego, że jama ta przez 2 lata nie ulega zmianom, przeciwnie, wykazuje dążność do powiększania się (zdj. 1—2), przeto wykonuje się w lipcu 1931 roku wyrwanie nerwu przeponowego (Dr. N o w o t n y). Chora dostaje równocześnie zastrzyki złota i wyciągu śledziony. Zdjęcie 3 z lutego 1932 wykazuje bardzo wyraźne zaciąganie się jamy, której resztki widać poniżej lewego obojczyka. Zdjęcie 4 z sierpnia 1933 wykazuje prawie zupełny zanik jamy i tylko małą bliznę na wysokości obojczyka. Z poprawą lewego płuca idzie w parze poprawa prawego płuca. Prątków w plwocinie stwierdzić nie udaje się. Chora czuje się pod każdym względem dobrze.

Korzystny wynik leczniczy osiągnięto w tym wypadku tylko dzięki zastosowaniu wyrwania n. p. w połączeniu z długiem leczeniem klimatycznem.

Ujemne strony odmy i często dobre wyniki wyrwania n. p. skłaniają mimowoli do rozważań, czy nie należałoby porzucić odmę na korzyść wyrwania n. p.

Przystępując do leczenia chorego na gruźlicę płuc, powinno się zrazu stosować leczenie, które przedstawia dla niego jaknajmniejsze niebezpieczeństwo. Jest to leczenie klimatyczne, poparte zastrzykami złota, wyciągu śledziony, lub tuberkuliny. Kuracja taka jest często zupełnie wystarczającą. Tylko wtedy, jeśli przez dłuższy czas stosowana kuracja klimatyczno-zachowawcza zawodzi, powinno się zastosować leczenie uciskowe. Z zabiegów chirurgicznych, najprostszym i najłagodniejszym jest bezsprzecznie wyrwanie n. p. Jest ono często tak skuteczne, że nie wymaga dołączenia zabiegów wtórnych i jest wtedy zabiegiem „prostym". W razie niepowodzenia można każdej chwili dołączyć odmę, jako zabieg wtórny. Warunkiem w tych wypadkach jest oczywiście nieobecność zrostów. Postępowanie takie wydaje się być najlepszem i jest tem bardziej usprawiedliwione, iż znani są autorzy, którzy zasadniczo przed każdą odmą wykonują wyrwanie n. p. W ten sposób jakoby uchraniają oni chorego przed powstaniem wysięku (Z a d e c k i S o n n e n f e l d).

Możnaby zarzucić, że w przeciwieństwie do odmy, wyrwanie n. p. jest zabiegiem definitywnym, t. zn. że w razie potrzeby nie można przywrócić poprzedniego stanu. Obawy te są bezpodstawne. Mając wątpliwości co do drugiego płuca można zamiast wyrwania, z równie dobrym skutkiem zastrzyknąć 80% alkoholu do nerwu przeponowego. Działanie takiego zastrzyku trwa przeciętnie rok, a conajmniej kilka miesięcy. Wystarcza to, aby osądzić jego działanie. Po upływie tego czasu można, zależnie od stanu chorego, albo wykonać wyrwanie, lub inną operację, albo też zrezygnować z dalszych zabiegów.

Wskazania do chirurgicznego leczenia gruźlicy płuc nie zostały dotychczas ustalone, mimo wielokrotnie podejmowanych prób w tym kierunku. Przebieg i wyniki leczenia zależą od zbyt wielu czynników od nas niezależnych, aby wogóle można kiedykolwiek myśleć o ścisłych wytycznych. Każdy przypadek wymaga indywidualnego traktowania. Doświadczenie lekarza i zrozumienie ze strony chorego są głównemi warunkami powodzenia. Najtrudniejszem do rozwiązania jest zagadnienie, czy dany przypadek nadaje się wogóle do leczenia czynnego. W wielu przypadkach może rozstrzygnięcie zapaść dopiero po dłuższej obserwacji chorego i po zapoznaniu się z dynamiką procesu chorobowego. Dalszym problemem jest wybór samej metody leczniczej. Wyniki poszczególnych metod są nieobliczalne. Kierując się zasadą prawdopodobieństwa, można bardzo często utrafić tę metodę, która w danym przypadku jest najlepszą. Pozostaje jednak jeszcze cały szereg chorych, u których decyzja jest trudna. Niewiadomo, czy założyć odmę, czy też zastosować u nich odrazu jedną z metod czysto chirurgicznych. Mając do wyboru odmę i wyrwanie n. p. i stosując wyrwanie nerwu przeponowego z pominięciem odmy, będzie można prawdopodobnie częściej jak dotychczas uchronić chorego przed zabiegami wtórnemi i przed długiem, wyczerpującem leczeniem.

———

Artur STRICH. Lwów.

Spostrzeżenia nad bakterjofagiem twardzieli.

Z Państwowego Zakładu Higjeny, Filja we Lwowie.
Kierownik: Prof. Dr. N. G ą s i o r o w s k i.

Na bakterjofagi otoczkowców pierwszy zwrócił uwagę C a u b l o t w r. 1924, otrzymawszy z kału ozdrowieńca po posocznicy wywołanej pałeczką Friedländera, bakterjofaga dla tejże pałeczki; następnie H a d l e y w r. 1925 otrzymał z wody odpływowej bakterjofaga dla pałeczki Frischa i pałeczki Abel-Löwenberga.

Prašek i Prica w r. 1928 otrzymali bakterjofaga ze starej hodowli twardzielowej, a ponadto uzyskali pod wpływem bakterjofaga odmianę bezotoczkową pałeczki twardzieli *(modificatio nuda)*, która bardzo dobrze nadawała się do odczynu zlepnego z surowicami chorych na twardziel. Wyniki tych autorów znajdują potwierdzenie w badaniach Łapińskiego, Milińskiej-Szwojnickiej, Epsteinówny i Abramowicza.

Metoda usuwania otoczki zapomocą bakterjofaga, jako łatwiejsza i szybsza, byłaby bardziej praktyczną, aniżeli inne sposoby np. rozpuszczanie kwasem solnym (Porges, cyt. wg. Elberta), lub długotrwałe przeszczepianie w niskiej ciepłocie lub hodowanie w buljonie z 10% dodatkiem surowicy swoistej (Meisel i Mikulaszek). Jednakowoż, jak zauważył Hadley, zachodzi tu poważne utrudnienie sprawy, a tem samem osłabienie wartości metody, polegające na tem, że pod wpływem bakterjofaga pałeczka Friedländera traci nietylko otoczkę, lecz równocześnie może ulec dysocjacji, polegającej na zmianie struktury wywoływacza, przyczem postać gładka „S", nadająca się do odczynu zlepnego przechodzi w postać szorstką „R", nienadającą się już spowodu autoaglutynacji do tegoż odczynu.

Nasuwa się więc pytanie, czy także u pałeczki twardzieli bakterjofag, obok usunięcia otoczki, nie wywołuje zmian w strukturze antygenowej, spowodu których twardzielowy szczep bezotoczkowy nie nadawałby się już do odczynów serologicznych; następnie, czy twardzielowe szczepy bezotoczkowe, uzyskane działaniem bakterjofaga lub innym sposobem, zachowują się wobec siebie i wobec szczepów śluzowych identycznie; wreszcie, czy bakterjofag, uzyskany z hodowli pałeczek twardzieli względnie z wydzieliny błony śluzowej chorego na twardziel działa jedynie na pałeczki twardzieli, a nie działa na inne drobnoustroje, dzięki czemu nadawałby się do różniczkowania świeżo wyhodowanych szczepów otoczkowych.

* * *

W celu otrzymania bakterjofaga w sposób możliwie łatwy i szybki używałem wydzieliny z nosa chorego na twardziel, a nie wycinków twardzielowo-nacieczonej błony śluzowej (Prica i Milińska-Szwojnicka, Epsteinówna i Abramowicz).

Wydzielinę zaszczepia się na pożywkę buljonową; po 24-godzinnem pozostawieniu w cieplarce przy 37° przesączyć przez sączek azbestowy Seitza, zaszczepić na świeżą hodowlę buljonową pałeczek twardzieli i powtórnie pozostawić na 24 godziny w cieplarce. Chcąc przyśpieszyć uzyskanie bakterjofaga, za wskazaniem Ottona i Muntera, przed każdorazowem przeszczepieniem ogrzewałem hodowlę przez pół godziny do 60°. Po kilkakrotnem powtórzeniu opisanych zabiegów hodowle stają się coraz mniej mętne, a miano bakterjofaga wzrasta z każdem przeszczepieniem aż do wysokości nieulegającej już dalszej zmianie. W ten sam sposób udawało mi się otrzymać bakterjofagi ze starych hodowli twardzielowych (podobnie jak podają Prašek i Prica).

Przy użyciu powyższej metody otrzymuje się po 4—5 przeszczepieniach bakterjofagi o mianie 10^{-6} do 10^{-7} (1 : 1,000.000 do 1 : 10,000.000).

Do oznaczenia miana bakterjofaga używałem metody Twort a (ze serji rozcieńczeń buljonu, zawierającego bakterjofaga układa się po kropli na płytce agarowej, a po ich wyschnięciu zaszczepia się płytkę pałeczką twardzielową; wynik działania danego rozcieńczenia bakterjofaga jest wówczas dodatni, gdy w miejscu, na które padła kropla, zaznacza się po 24 godzinach wyraźne zahamowanie wzrostu drobnoustrojów). Można też miareczkować porównując stopień wyjaśnienia hodowli buljonowych zaszczepionych wzrastającemi rozcieńczeniami bakterjofaga z hodowlą kontrolną. Inne metody (jak obserwacja ilości i kształtu *„tâches vierges")*, które w badaniach nad innemi drobnoustrojami oddają usługi, w odniesieniu do grupy otoczkowców, spowodu ich śluzowego charakteru nie dają zadowalniających wyników.

Chcąc ocenić działanie bakterjofaga na drobnoustroje, używałem metody Goslingsa (rozcieranie na powierzchni płytki oczka drobnoustrojów z kroplą bakterjofaga), oraz metod d'Herella (przeszczepianie kolonij wyrosłych w miejscu, na które padła kropla bakterjofaga, lub zaszczepienie bakterjofaga na hodowlę buljonową i następowe wysianie na płytki), przyczem kilkakrotnie posługiwałem się bakterjofagiem rozcieńczonym do miana. Ponadto chcąc ocenić wpływ silnego i długiego działania bakterjofaga na strukturę komórki twardzielowej, szczepiłem hodowlę twardzielową do buljonu, zmieszanego z równą ilością buljonu, zawierającego bakterjofaga o wysokiem mianie; po pozostawieniu w cieplarce na 24 godziny, przeszczepiałem otrzymane hodowle kilkakrotnie do świeżej próbówki z buljonem, zawierającym tę samą jak poprzednio dawkę bakterjofaga.

Przystępując do szczegółowego opisu wyników, zaznaczam, że z wydzielin ośmiu chorych na twardziel udało mi się każdorazowo wyodrębnić bakterjofaga, działającego na pałeczkę twardzielową.

Hodowle buljonowe pałeczki twardzieli z dodatkiem otrzymanych bakterjofagów stają się już po kilku godzinach bardziej przejrzyste, a typowy pierścień na powierzchni płynu przy ścianach naczynia znika. W posiewie na płytce uderza mała ilość kolonij, ponadto obok normalnych kolonij pałeczek twardzieli wyrastają stale kolonje bałamutne *(Flatterkolonien*, Gildemeister), następnie kolonje wysychające, jako przejściowe między śluzowemi, a bezśluzowemi (opisane u twardzieli przez Goslingsa), wreszcie kolonje zupełnie bezotoczkowe typu gładkiego „S" i szorstkiego „R".

Kolonje bezotoczkowe gładkie „S", jak już częstokroć stwierdzono (Prašek i Prica, Goslings, Łapiński, Milińska-Szwojnicka, Epsteinówna, Abramowicz), nie różnią się morfologicznie od kolonij pozbawionych otoczek innym sposobem np. przez długotrwałe przeszczepianie w niskiej temperaturze lub przez hodowanie w buljonie z dodatkiem 10% surowicy swoistej. Odczyny serologiczne zebrane w tab. I i II.

Kolonje bezotoczkowe szorstkie „R" otrzymał u otoczkowców pod wpływem bakterjofaga, jako pierwszy, Hadley u pałeczki Friedländera. Łapiński u pałeczki twardzielowej niekiedy obserwował autoaglutynację po zadziałaniu bakterjofaga (cyt. wg. Gryglewicza). Drogą długotrwałego przeszczepiania na zwykłych pożywkach u pałeczki twardzieli formy szorstkiej nie otrzymano. Nie mogłem otrzymać postaci szorstkiej przez przeszczepianie szczepów bezotoczkowych gładkich z agaru na agar w okresie 1 roku. Meisel i Mikulaszek, używając jako czynnika dysocjacyjnego 10% surowicy, potrzebowali do uzyskania formy szorstkiej około 20 pasaży. Natomiast przy użyciu bakterjofaga udało mi się w czasie 1—3 tygodni otrzymać każdorazowo z ośmiu szczepów bezotoczkowych gładkich formę szorstką „R".

Ta przemiana odbywa się bez dalszego rozpuszczania względnie zahamowania wzrostu drobnoustrojów; tak na płytce agarowej, jak w hodowli buljonowej nie zauważa się zmian wyraźniejszych tak, jakgdyby bakterjofag nie działał już w dalszym ciągu na typ bezotoczkowy gładki. Stanowisko to zajął Goslings. Tymczasem bliższe badanie wykazuje, że bakterjofag i tutaj nie zachowuje się obojętnie, lecz zmienia wygląd kolonij i budowę antygenu.

Po 24-godzinnem działaniu bakterjofaga na hodowlę bezotoczkowych pałeczek twardzieli i następowem wysianiu zwraca uwagę, że niektóre kolonje przyjmują wygląd kolonij szorstkich; najwcześniej pojawiają się bardzo drobne, gołem okiem zaledwie dostrzegalne kolonje. Przy 10-cio krotnem powiększeniu można zauważyć, że mają one kształt małych stożków, a brzeg ich przebiega nieregularnie. Następnie wyrastają kolonje większe, płaskie, o nieregularnym brzegu i szorstkiej powierzchni. Tak jedne jak drugie po przeszczepieniu na świeżą płytkę agarową wyrastają w formie dużych szorstkich kolonij, składających się z pałeczek o dłuższych wymiarach; niektóre łączą się w łańcuszki po 2—3 razem. Pałeczki te początkowo nie opadają w fizjologicznym roztworze; po 7—8 przeszczepieniach z agaru na agar bez powtórnego dodania bakterjofaga osobniki długie zaczynają się skracać a kolonje otrzymane z nich przedstawiają się nieco odmiennie; mianowicie powierzchnia ich jest mniej szorstką, aniżeli kolonij wyrosłych z pałeczek dłuższych poprzednio opisanych. Równocześnie w roztworze fizjologicznym pod mikroskopem występują pojedyncze kłaczki w postaci charakterystycznych siateczek i warkoczy. Przy dalszych przeszczepieniach autoaglutynacja występuje coraz wyraźniej. Podobnie zauważa się coraz silniejszą autoaglutynację w próbówce, a ostatecznie zawiesina pałeczek we fizjologicznym roztworze soli bardzo szybko opada na dno próbówki. Tak mikroskopową, jak makroskopową autoaglutynację można otrzymać nawet w 0,2% NaCl, jednakże dopiero po długiem przeszczepianiu typu „R" (po 25—30 pasażach).

Znacznie szybciej, bo po 3—4 pasażach, można uzyskać przemianę typu „S" w „R", przeszczepiając kolonje o szorstkich zarysach co 24 godziny na świeży buljon zawierający 50% bakterjofaga.

Analiza serologiczna stanowi ostateczny dowód przejścia typu „S" w typ „R" (tab. II).

Pod względem biochemicznym szczepy powyższe zachowują się podobnie jak szczepy normalne pałeczki twardzieli.

Tab. I. Odczyny zlepne.

Surowice	Szczepy: Bor	BorNS	NiemNS	BorNfS	124NfS
Bor	—	4000	3400	3600	4000
BorNS	—	4000	3800	4000	4000
BorNfS	—	2800	2400	3000	2800
124NfS	—	3200	3600	3600	2400

Z odczynów zlepnych (tab. I) widzimy, że wszystkie szczepy bezśluzowe typu „S" otrzymane czyto przez długotrwałe przeszczepianie w niskiej temperaturze (BorNS, N = *nudus)* lub przez hodowanie w buljonie z 10% dodatkiem surowicy swoistej (NiemNS) czy też typy gładkie otrzymane działaniem bakterjofaga (BorNfS, 124NfS) aglutynują się naprzemian i z surowicą otrzymaną ze szczepu śluzowego (Bor) mniejwięcej do wysokości miana.

Równocześnie stwierdzono wzajemną i kompletną absorbcję aglutynin przy użyciu metody Castellaniego.

Tab. II. Odczyny Bordet-Gengou.

Surowice	Szczepy: Bor	BorNS	BorNfS	124NfS	BorNR	BorNfRf	124NfRf	NiemNfRf
Bor	250	300	250	300	—	—	—	—
BorNS	300	200	200	300	—	—	—	—
BorNfS	250	250	400	400	—	—	—	—
124NfS	300	250	400	400	—	—	—	—
BorNR	—	—	—	—	100	100	100	100

Następnie w odczynie B.—G. (tab. II) zachowanie się typu otoczkowego i typów bezotoczkowych „S" jest identyczne, podczas gdy odczyny surowicami typu „S" ze szczepami „R" (BorNR, BorNfRf, 124NfRf, NiemNfRf) i naodwrót wypadają ujemnie.

Serologiczne odczyny dowodzą, że typy bezotoczkowe „S" otrzymane czyto przez długotrwałe przeszczepianie w niskiej temperaturze lub przez hodowanie w buljonie z 10% dodatkiem surowicy swoistej, czy też działaniem bakterjofaga nie różnią się między sobą, zachowują się tak samo jak szczepy śluzowe, natomiast są zasadniczo serologicznie odmienne od szczepów szorstkich.

Zachodzi jeszcze pytanie, czy i w jaki sposób bakterjofag twardzielowy działa na inne drobnoustroje. Dotychczasowe wyniki, jakie otrzymałem, przedstawiają się następująco: bakterjofag otrzymany ze starego szczepu twardzielowego (30817) zupełnie nie działał na gronkowca złocistego ropnego, pałeczkę durową, okrężnicy, odmieńca X_{19} ani na otoczkowce jak pałeczkę Friedländera (9 szczepów) i pałeczkę Abel-Löwenberga (2 szczepy wyosobnione z przypadków z diagnozą kliniczną: *Ozaena);* natomiast działaniu tego bakterjofaga uległy wszystkie zbadane dotąd przeze mnie szczepy twardzielowe (82).

Wnioski:

1) Z wydzieliny błony śluzowej nosa chorych na twardziel i z hodowli pałeczek twardzielowych po kilkakrotnem przesączeniu i przeszczepieniu otrzymuje się łatwo i szybko bakterjofaga.

2) Bakterjofag uzyskany w powyższy sposób przyśpiesza utratę otoczki pałeczki twardzieli, a także dysocjację formy „S" na „R", co stanowi pewne niebezpieczeństwo przy używaniu bakterjofaga do pozbawiania pałeczek twardzieli otoczek w celach diagnostycznych.

3) Szczepy gładkie, pozbawione otoczki czyto działaniem bakterjofaga, czy też innym sposobem, nie różnią się pomiędzy sobą pod względem struktury antygenowej i mogą być stosowane jako pełnowartościowy wywoływacz w diagnostyce.

4) Bakterjofag uzyskany z nosa chorych na twardziel i z hodowli twardzielowych działa tylko na szczepy twardzieli, a nie wykazuje śladu działania na inne badane drobnoustroje, wobec czego może mieć orjentacyjne znaczenie w diagnostyce różniczkowej szczepów otoczkowych.

Piśmiennictwo:

1) Caublot: C. R. Soc. Biol., 1924, T. 90, p. 622. — 2) Meisel i Mikulaszek: Pol. Gaz. Lek. 1927, p. 41 i 940; 1933, p. 703. Med. Dośw. i Społ. 1934, T. 17, p. 279. — 3) Prašek i Prica: Zblt. Bakt., Orig., 1928, Bd. 108, S. 376. — 4) Prica: Zblt. f. Bakt., Orig., 1930, Bd. 115, S. 334. — 5) Otto i Munter: Bakteriophagie, Kolle-Kraus-Uhlenhuth: Handb. d. path. Mikroorg., 1929, Bd 1. — 6) Elbert: Zblt. f. Bakt., Orig., 1929, Bd. 110, S. 190. — 7) Goslings: Ondersoekingen ov. d. Bakt. e. d. Epidem. v. het. Scleroma 1933, nakł. autora. — 8) Łapiński: Pol. Przegl. Laryng., 1933, T. 9, p. 2. — 9) Gryglewicz: Pol. Gaz. Lek., 1934, p. 43. — 10) Milińska-Szwojnicka, Epsteinówna i Abramowicz: Med. Dośw. i Społ., 1934, T. 17, p. 281.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Edward SZCZEKLIK. Kraków.

Przypadek gruźlicy śledziony z poliglobulją.

Z Oddziału I B. Szpitala św. Łazarza.
Ordynator: Doc. Dr. A. Oszacki.

Przypadek gruźlicy śledziony z poliglobulją, który opisuję, zasługuje na uwagę nietylko ze względu na rzadkość tego schorzenia, ale także i ze względu na przeprowadzenie rozpoznania różniczkowego odnośnie do choroby Vaqueza.

Chora R. M. lat 39, zgłasza się na oddział 8. VII. 1933. Choroba zaczęła się przed 3 laty bólami w okolicy serca, bólami i wzdęciami brzucha, oraz od czasu do czasu występującą gorączką. Czuła się osłabioną, traciła na wadze. Stolce były nieregularne jużto zaparte, jużto biegunkowe. Lekarz, u którego w tym czasie szukała porady, stwierdził guz w jamie brzusznej. Po roku trwania choroby zgłosiła się na klinikę chorób wewnętrznych U. J., gdzie pozostała przez 6 tygodni w leczeniu. Po kilkumiesięcznej poprawie dolegliwości powyższe wróciły w silniejszej formie oraz pojawiły się bóle głowy. Pozatem chora podaje, że od 5 lat cierpi na zaczerwienienie skóry twarzy, a od kilku miesięcy na owrzodzenie skóry prawego przedramienia.

Pierwsza miesiączka w 15 roku życia, poczem rok przerwy, następne miesiączki regularne, niebolesne, ostatnia przed 2 tygodniami. Zachodziła 5 razy w ciążę, urodziła 3 żywych, zdrowych dzieci, 2 razy roniła. Ojciec zmarł w 40 r. ż. na cukrzycę, matka w 70 r. ż. spowodu guza brzucha.

Stan przedmiotowy w dniu przyjęcia na oddział: Wzrost średni, waga 52,500 kg, odżywienie upośledzone, mięśnie słabo rozwinięte. Skóra wilgotna o kolorze t. zw. czerwonej sinicy, owłosienie prawidłowe, podściółka tłuszczowa skąpa. Na skórze twarzy zmiany o charakterze *acne rosacea,* na skórze przedramienia owrzodzenie podejrzane w kierunku gruźlicy. Wargi i język wiśniowe. W prawej okolicy podszczękowej gruczoł chłonny wielkości orzecha włoskiego, twardy, niebolesny. poniżej blizna na przetoce, która jeszcze przed rokiem miała być otwartą. Tarczyca nieznacznie równomiernie powiększona.

W płucach znaleziono zmiany o charakterze włóknistym zwłaszcza w górnych płatach płucnych (ze względu na brak miejsca nie podaję bliższych szczegółów). Serce bez wybitniejszych zmian; tętno miarowe, dobrze napięte, 100 uderzeń na minutę. Ciśnienie krwi 115/40 mm Hg.

Brzuch silnie wysklepiony o obwodzie 63 cm. powłoki brzuszne napięte. Spod lewego podżebrza wychodzi duży guz, oddechowo ruchomy, o powierzchni nierównej, twardy, o brzegach zaokrąglonych: guz sięga dolną granicą 2—3 palce niżej *spina iliaca ant. sup.* i podchodzi, a częściowo przechodzi poza linję środkową ciała. Wzdłuż granicy wewnętrznej guza wyczuwalny wręb. Wątroba macalna na 2 palce poniżej łuku żebrowego, twarda, niebolesna. Wolnego płynu w jamie brzusznej nie stwierdzono. Inne narządy bez zmian.

Badanie moczu wykazało: ślad białka, lekko wzmożony urobilinogen i indykan. w osadzie: pojedyncze leukocyty, kilka wałeczków ziarnistych.

Badanie krwi cytologiczne: (17. VII.) Hb 76% (Sahli), ciałek czerwonych 7,810.000, ciałek białych 5.900, wskaźnik 0,4; stosunek odsetkowy poszczególnych postaci ciałek białych: młodych 3%, pałeczkowych 19%, wielokształtnych 68%, kwasochłonnych 4%, zasadochłonnych 1%, limfocytów 3%, monocytów 2%, czas krwawienia 2½ minuty, czas krzepnięcia 17—22 minut. objaw opaskowy słabo dodatni, płytek 188.000.

Opadanie krwinek prawidłowe. Badanie dermatologiczne: na skórze twarzy: *acne rosacea,* na skórze przedramienia lewego „owrzodzenie podejrzane w kierunku gruźlicy". Badanie rentgenologiczne płuc: *Tbc fibrosa diffusa. Cavum subclaviculare sinistr. susp.* Odczyn Wassermanna i Meinickego ujemny. Cukier we krwi naczczo: 129 mg% (Hagedorn Jensen). Badanie treści żołądkowej zmian nie wykazało. Badanie stolca: bez zmian. Badanie okulistyczne: dno oka bez zmian. Badanie plwociny: prątków Kocha, włókien elastycznych nie znaleziono.

W punktacie śledziony prątków Kocha nie znaleziono. Po wstrzyknięciu podskórnem adrenaliny śledziona skurczyła się

w linji poziomej o jeden cm, w pionowej o $1^{1}/_{2}$ cm; wystąpiła leukocytoza obojętnochłonna (ciałek białych przed wstrzyknięciem 4.100, po wstrzyknięciu 13.400); ciałek czerwonych przed wstrzyknięciem 4,500.000, po wstrzyknięciu 5,130.000.

W czasie pobytu chorej na oddziale ciepłota wahała się między 36°—36,8°, jedynie od czasu do czasu (co 2—3 tygodni) widoczne były podwyżki ciepłoty do 38°, trwające 1 dzień. Przez pierwsze 3 tygodnie pobytu na oddziale skarżyła się chora na codzienne silne bóle głowy, które później ustąpiły zupełnie, pozatem miewała od czasu do czasu wzdęcia brzucha.

Przez pierwsze 2 tygodnie leczenia pobierała fenylhydrazynę w ilości 0,03 3 razy dziennie. W czasie zażywania fenylhydrazyny bóle głowy były silniejsze, samopoczucie gorsze a ilość ciałek czerwonych wahała się od 7,608.000—7,120.000, ilość Hb od 81%—90%, wskaźnik był 0,4. Następnie podano chorej śledzionę z początku w postaci wstrzyknięć podskórnych, później w postaci sproszkowanej. Pod wpływem tego leku bóle głowy ustąpiły, a ilość ciałek czerwonych zaczęła się wybitnie obniżać.

W dniu 14. VII. notowano: Hb = 103%, c. cz. 6,030.000, J = 0,76; 19. VIII. Hb = 106%, c. cz. 4,900.000, J = 0,9; 29. VIII. Hb = 109%, c. cz. 5,500.000, J = 0,9; 4. IX. Hb = 95%, c. cz. 4,850.000, J = 1,01. Waga chorej przez cały czas leczenia utrzymywała się na tym samym poziomie. W czasie pobytu chorej na oddziale przyszło do zatrzymania miesiączki (badanie ginekologiczne wykazało: *retroflexio uteri*). Chora przebywała na oddziale blisko $2^{1}/_{2}$ miesiąca, poczem skierowano ją na oddział chirurgiczny szpitala św. Łazarza celem dokonania zabiegu operacyjnego. Rozpoznanie, z którem przesłano chorą na oddział chirurgiczny, brzmiało: *Splenomegalia tbc. cum polyglobulia. Tbc. fibrosa diffusa pulmonum. Ulcerationes tbc. cutis antibrachii sin. Acne rosacea. Cicatrices post tbc. lymphoglandularum colli. Amenorrhoe transitoria.*

W dniu 30. X. 1933 wykonano zabieg operacyjny, który według protokołu, użyczonego nam z historją choroby przez Prof. Glatzla, przedstawiał się następująco:

Cięcie w linji środkowej powyżej pępka. Ogromnie rozszerzone żyły pozaotrzewnowe. W jamie brzusznej skąpa ilość płynu surowiczego. Systematycznie podwiązano wszystkie żyły i tętnice, wchodzące do wnęki śledziony. Żyły były nieco tylko obfitsze i szersze (unaczynienie raczej liczne, ale złożone z naczyń drobnych); dookoła naczyń soczyste gruczoły. Powierzchnia śledziony nierówna, guzowata, tylko biegun dolny wolno leży w jamie otrzewnowej. Cała powierzchnia zewnętrzna i górna w starych, silnych zrostach z otoczeniem, szczególnie z otrzewną ścienną. Oddzielenie zrostów na tępo nader uciążliwe, przyczem spore krwawienie. Po wyjęciu śledziony krwawienie z łożyska zmusza do założenia worka Mikulicza. Szew powłok.

Zabieg zniosła chora dobrze, jednak już 1. XI. notowano w historji choroby wzdęcie brzucha, osłabienie; w dniu 2. XI. brzuch ogromnie wzdęty. W dniu 3. XI. pobrano krew (badanie wykazało: Hb 60%, c. cz. 3,710.000, ciałek białych 18.000, wskaźnik 0,89). Stosunek odsetkowy ciałek białych: młodych 2,5%, pałeczkowych 14%, wielokształtnych 70,5%, kwasochłonnych 5%, zasadochłonnych 2%, limfocytów 3%, monocytów 3%. W dniu tym wystąpiły nudności, wymioty; brzuch wzdęty i napięty. Dnia 4. XI. zejście śmiertelne wśród objawów zapalenia otrzewnej. Sekcji zwłok z powodów od nas niezależnych nie można było wykonać.

Usunięta podczas zabiegu operacyjnego śledziona jest bardzo znacznie powiększona, waży 1.955 g; jej wymiar podłużny wynosi 28 cm, poprzeczny 19 cm, zaś grubość 8 cm.

Badanie drobnowidowe ognisk serowatych w miąższu śledziony o kształcie klina i skupień guzeczków okazuje wśród zgrubiałych beleczek łącznotkankowych rozległe, nieregularnych kształtów ogniska martwicy, zaś w częściach miąższu, sąsiadujących z temi ogniskami, starsze wybroczyny z dość licznemi ziarnami hemosyderyny, wśród nich ogniska zbudowane z komórek nabłonkowatych i limfoidalnych, zawierających w centrum komórki olbrzymie o typie komórek Langhansa. Budowa gruczołów chłonnych z wnęki śledziony w zupełności zatarta, miąższ zajmują gęsto obok siebie ułożone gruzełki z komórek nabłonkowatych z licznemi komórkami olbrzymiemi, częściowo serowaciejące w centrum.

Początkowo myślano o chorobie Vaqueza, którą rozpoznano na podstawie typowych objawów: bólów głowy, czerwonej sinicy, wybitnego zwiększenia ilości czerwonych ciałek krwi i powiększenia śledziony. Jednakowoż w czasie dalszej obserwacji zwrócono większą uwagę na niestosunkowe powiększenie śledziony w zestawieniu z poliglobulją, a następnie na zmiany w płucach o charakterze gruźlicy włóknistej i owrzodzenia skóry przedramienia, które sczasem dermatolog sklasyfikował jako podejrzane na gruźlicę. Ta zbieżność zmian gruźliczych w innych organach z równoczesną bardzo dużą, o nierównej powierzchni śledzioną, nasunęła myśl o gruźlicy śledziony, przebiegającej z równoczesnem zwiększeniem się ilości ciałek czerwonych. Tem więcej, że z wywiadów można było wnioskować, że sprawa chorobowa w śledzionie toczy się oddawna, bo już przed trzema laty, kiedy chora po raz pierwszy zgłosiła się do swego lekarza, znalazł on guz w jamie brzusznej, a więc najprawdopodobniej dużą już podówczas śledzionę. Niestety nie można się nic dowiedzieć, jak przed przybyciem chorej na oddział przedstawiało się badanie krwi, jak również czy skóra miała zabarwienie sino-czerwone, gdyż zmiany na skórze twarzy w postaci *acne rosacea* utrudniały samoobserwację. Można było jednak z dużem prawdopodobieństwem przyjąć, że powiększenie śledziony było wcześniejsze od powiększenia ilości ciałek czerwonych.

Na podstawie spostrzegania można było wykluczyć takie cierpienia jak zimnicę, kiłę, białaczkę, anemję złośliwą, chorobę Bantiego, zakrzep żyły śledzionowej, chorobę Gauchera, nowotwór śledziony, śledzionę zastoinową, po zawałach krwotocznych i t. p.

Przy badaniu krwi uderzała stosunkowo mała ilość Hb (76—80% Sahli) przy dużej ilości ciałek czerwonych (7,810.00—7,608.000) oraz niski wskaźnik (0,4). Również ilość ciałek białych utrzymywała się w niskich granicach (5.900), przyczem znajdowano neutrofilję z przesunięciem w lewo, oraz limfopenję (3% limfocytów) i nieznaczną eozynofilję. Wiadomą jest zaś rzeczą, że w chorobie Vaqueza ilość Hb również ulega wzmożeniu (Hb od 100—150%), jak również stwierdza się miernego stopnia leukocytozę (od 10.000—20.000) według Mossego. Jedynie stosunki odsetkowe poszczególnych postaci ciałek białych zachowały się tak, jak to bywa w chorobie Vaqueza.

Śledziona u naszej chorej była nadmiernie duża o powierzchni nierównej z wrębami po stronie wewnętrznej. W chorobie Vaqueza zwykle bywa śledziona stosunkowo nieznacznie powiększona (1—2 palce poniżej łuku żebrowego) i ma powierzchnię gładką. Dno oka w chorobie Vaqueza wykazuje rozszerzenie żył, podczas gdy u naszej chorej nie przedstawiało żadnych zmian. Ciepłota u naszej chorej przedstawiała się prawidłowo t. j. utrzymywała się poniżej 37°, ale od czasu do czasu znajdowaliśmy wzniesienia do 38°. Wreszcie należy podkreślić, że cierpienie u naszej chorej pojawiło się dość wcześnie, bo między 30—40 rokiem życia, podczas gdy choroba Vaqueza występuje przeważnie między 50—60 rokiem życia. Na podstawie przytoczonych danych mogliśmy wykluczyć chorobę Vaqueza. Nie można było również myśleć o chorobie Geisböcka a to ze względu na niskie ciśnienie krwi tętniczej u naszej chorej i dużą śledzionę.

Charakterystycznym był następnie przebieg choroby i leczenie. Chora zupełnie nie oddziaływała na podaną jej fenylhydrazynę t. zn. stan jej przedmiotowy nie uległ żadnej zmianie, ilość ciałek czerwonych utrzymywała się stale na tym samym poziomie, podmiotowo zaś czuła się o wiele gorzej, gdyż bóle głowy nasiliły się. Natomiast po podaniu śledziony stan podmiotowy się poprawił, a ilość ciałek czerwonych spadła do 4,900.000—4,850.000 przy podwyżce Hb 106—109% i zwiększeniu się wskaźnika z 0,4 do 1,01. Nie mogliśmy natomiast zauważyć najmniejszego wpływu naszego leczenia na wielkość śledziony.

W naszym przypadku mogliśmy zauważyć hamujący wpływ śledziony na poliglobulję. Z chwilą podania preparatów śledzionowych poliglobulja i związane z nią objawy podmiotowe ustąpiły zupełnie. Poprawa w obrazie klinicznym była tem więcej uderzającą, że poprzednio stosowane leczenie fenylhydrazynowe nie odniosło żadnego skutku. Możnaby zatem przyjąć, że podana przez nas śledziona zastąpiła lub poprawiła czynność śledziony, zmienionej anatomicznie, a niewydolnej funkcjonalnie, i wpłynęła hamująco na wzmożoną erytropoezę szpiku kostnego.

Wobec niejasności patogenezy choroby Vaqueza, jako jednostki chorobowej, należałoby się dalej zastanowić nad stosunkiem choroby Vaqueza do gruźlicy śledziony. Z jednej bowiem strony poliglobulja, a więc sam objaw zwiększonej ilości ciałek czerwonych, towarzyszy niekiedy gruźlicy śledziony, z drugiej zaś strony nie podkreśla się w piśmiennictwie dostatecznie różniczkowo pewnej odmienności obrazu chorobowego choroby Vaqueza od gruźlicy śledziony, przebiegającej z poliglobulją. Z tem w związku stoi fakt, że niektórzy autorowie są wogóle skłonni do przepisywania schorzeniu gruźliczemu śledziony roli jednego z czynników patogenetycznych dla choroby Vaqueza. Z tego punktu widzenia opisany tutaj nasz przypadek posiada pewne szczególne znaczenie. Jak z poprzednich uwag wynika, mamy tu do czynienia z niewątpliwą autoptycznie stwierdzoną gruźlicą śledziony i równocześnie z poliglobulją, ale nie policytemją typu Vaqueza.

Sprawa ta nie jest bez znaczenia, gdyż rzuca pewne światło na powstawanie choroby Vaqueza. Jeśli bowiem tak daleko posunięte schorzenie gruźlicze śledziony pociąga wprawdzie za sobą poliglobulję, a nie stwarza pełnego obrazu tego schorzenia, to jednak wynikałoby z tego, że dla patogenezy choroby Vaqueza należałoby przyjąć jeszcze inne czynniki etjologiczne. O ile na podstawie naszej obserwacji wolno wyciągać wnioski co do sprawności szpiku kostnego, to sądząc z „obrazu białego krwi", odczynu na adrenalinę i z przewagi ilości ciałek czerwonych nad O-Hb, sprawność ta wydaje się być utrzymaną, natomiast zmiany, stwierdzone w wątrobie i śledzionie, przemawiałyby raczej za upośledzeniem układu, wytwarzającego barwik krwi. Może więc właśnie do powstania pełnego obrazu choroby Vaqueza należałoby przyjąć mimo uszkodzenia śledziony pewien konieczny stopień wydolności układu śródbłonkowo-siateczkowego.

Piśmiennictwo:

Podane w pracy Margolisa i Warszawskiego Pol. Gaz. Lek. 1933, str. 645, pozatem: 1) Cova i Bono: „Policl." 1907, fasc. 31. — 2) Sotti: A. mediche 1908, Nr. 12. — 3) Collet i Gallavardin: A. de med. exp. 1901 Nr. 2. — 4) Hans Hirschfeld: Die Splenomegalien (Kraus Brugsch. Hdb. 1920, T. VIII). — 5) H. Mosse: Die Polyglobulien (Kraus-Brugsch. Hdb. 1920. T. VIII). — 6) Guiliam: Splenomegalie tbc. prim. These, Paris, 1899. — 7) Henke Lubarsch: Hdbch. d. spec. path. An. u. Hist. 1927. T. I.

Doc. Dr. Benedykt DYLEWSKI. Wilno.

Udoskonalone szczypczyki chirurgiczne.

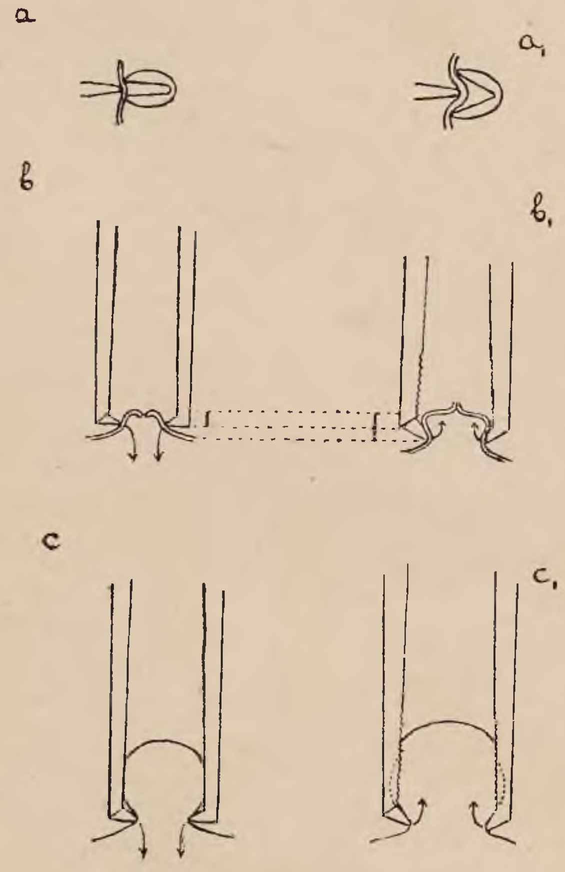
Z Kliniki Otolaryngologicznej U. S. B.
Kierownik: Prof. Dr. J. Szmurło.

Każdy chirurg niejednokrotnie miewał trudności podczas pracy ze szczypczykami (pensetami), które albo źle chwytały daną tkankę, lub też słabo ją trzymały. Praktyka np. wykazała, że szczypczyki chirurgiczne nie nadają się do chwytania drobnych ułamków kostnych, pozbawionych części miękkich, lepiej trzymają je szczypczyki anatomiczne, lecz również tylko kości płaskie, a nie grubsze i bardziej okrągłe. Znane są trudności podczas adaptacji skóry przy nakładaniu szwów. Do tego celu wyrabiają nawet specjalne narzędzia. Szczypczyki niekiedy nie chwytają skóry, zwłaszcza grubej, lub też nie trzymają dostatecznie mocno wysuwających się spomiędzy szczypczyków brzegów rany. Asystent wobec tego bywa zmuszony chwytać brzegi rany dwoma szczypczykami i w ten sposób je zbliżać. Jeszcze częściej zbliżone już brzegi skóry nie wywijają się nazewnątrz, a odwrotnie — zachylają się wewnątrz rany tak, że już po założeniu szwu chirurg musi wywracać i dopasowywać jeden lub oba brzegi rany. Spowodu tych trudności asystent często bywa posądzony o niedbałą i nieuważną pracę. Takie, chociaż drobne, lecz częste i przykre utrudnienia w pracy rozdrażniają operującego, przedłużają operację i przyczyniają się niekiedy do powstawania nieładnych kosmetycznie blizn pooperacyjnych.

Przeprowadzona przez nas bliższa analiza mechanizmu działania szczypczyków stwierdziła, że przyczyną tych utrudnień jest wadliwa, niedostatecznie odpowiadająca swemu celowi ich budowa.

Szczypczyki anatomiczne z płaskiemi końcami mogą stosunkowo mocno trzymać napinające się tkanki tylko przy jednoczesnem ich spłaszczeniu, dochodzącem niekiedy nawet do zmiażdżenia. Spłaszczenie zaś uchwyconej tkanki znowuż ułatwia jej wyślizgiwanie się ze szczypczyków. Wiadomo, że ujęcie tkanki w fałdy ułatwia i wzmacnia siłę trzymania. Istniejące w szczypczykach anatomicznych drobne nacięcia powodują fałdowanie jedynie tylko cienkich, błoniastych tkanek, a nie grubych, a tem bardziej skóry. Oglądane pod lupą skóry, uchwyconej szczypczykami anatomicznemi wykazało, że skóra, wskutek swej elastyczności, przylega tylko do wystających brzegów nacięć, a nie wciska się do pozostających wolnych rowków pomiędzy wierzchołkami poszczególnych wzniesień.

Celem wzmocnienia siły trzymania szczypczyków anatomicznych bez jednoczesnego miażdżenia schwyconych tkanek zrobiliśmy na końcach tych szczypczyków w obrębie nacięć podłużne wyżłobienia, podobne do wgłębień na końcach korncangów. (Rysunek 2 a). Próbne doświadczenia z temi szczypczykami wykazały, że trzymają one tkanki wielokrotnie mocniej od zwykłych szczypczyków anatomicznych, bo przytem skóra fałduje się wciskając się do wyżłobienia. Powięź, przytrzymywana i rozciągana z maksymalną siłą z jednego brzegu takiemi ulepszonemi szczypczykami, a z drugiego — zwykłemi — zawsze wyślizgiwała się, lub, zmiażdżona, rozrywała się przy końcu zwykłych szczypczyków anatomicznych. Szczypczyki ze żłobkiem trzymają przymocowany do kawałka skóry trzykrotnie większy ciężar, niż szczypczyki płaskie. Żłobek ten umożliwia chwytanie i trzymanie ułamków kostnych i nawet igieł chirurgicznych, które łatwo wyślizgują się ze szczypczyków płaskich. Wobec tego takie wyżłobienie z wielką korzyścią może być zastosowane również i na końcu igłotrzymaczy, których płaskie zakończenia są przyczyną przekręcania się i złamań trzymanych igieł.



Rysunek 1.

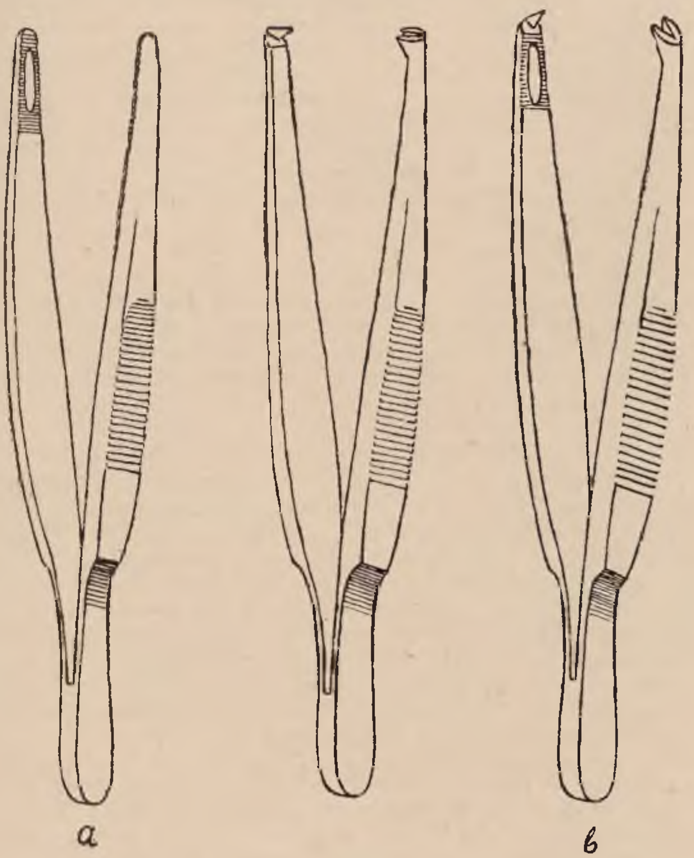
Badanie szczypczyków chirurgicznych również wykazało kilka niedokładności w ich budowie. Ząbki na ich końcu mają na celu wzmocnienie siły trzymania przez fałdowanie, załamanie części schwyconej tkanki, wciskanej jednym ząbkiem pomiędzy dwa drugie po stronie przeciwnej. Tymczasem w używanych powszechnie szczypczykach ząbki mogą spełniać to zadanie jedynie tylko na cienkich i miękkich tkankach, a nie na skórze, bo są umieszczone równolegle i zbyt blisko siebie tak, że na skórze ząbki te grają rolę nie trzech, ale dwóch przeciwległych sobie punktów i wobec tego nie fałdują skóry. (Rysunek 1 a).

Zrobione przez nas nieduże nawet rozsunięcie podwójnych ząbków przyczyniło się do wzmocnienia siły trzymania. (Rys. 1 a).

Drugą wadą szczypczyków chirurgicznych jest gładkość obu płaszczyzn ich ramion ponad ząbkami. Ramiona te stykają się ze schwyconą tkanką, lecz nietylko jej nie trzymają, ale wskutek swej gładkości, wyciskają uchwyconą skórę spomiędzy końców szczypczyków. Celem usunięcia tej wady zrobiliśmy końce szczypczyków zazębione i z rowkiem jak na szczypczykach anatomicznych. (Rys. 1 c). Powstały więc wygodne w użyciu szczypczyki chirurgiczno-anatomiczne.

Trzecim, spostrzeżonym przez nas brakiem chirurgicznych szczypczyków, było niewłaściwe ustawienie ich ząbków pod kątem prostym. Tak ustawione ząbki działają przy zbliżeniu równolegle do powierzchni skóry i mają przeto dążność do wgłąbienia brzegów rany spowrotem, a nie do ich wywinięcia. Dlatego też zwykłe szczypczyki chirurgiczne mogą dobrze utrzymywać brzegi rany tylko po uprzedniem ich zbliżeniu i uniesieniu (np. po podciągnięciu do góry brzegów rany zapomocą nitek szwa sąsiedniego). Celem umożliwienia wywijania zbliżonych brzegów rany należy ustawić ząbki pod kątem bardziej ostrym, by zbliżały się nie równolegle, a nieco w głąb skóry. Celem uchwyce-

nia np. policzka w fałd musimy również ustawić i ściskać paznokcie nie równolegle do powierzchni skóry, a nieco wgłąb. Na rysunku 1 b widzimy, że odchylone ząbki wywijają do góry głębsze warstwy skóry i nie pozwalają im wysuwać się ze szczypczyków. Wprowadziwszy tę trzecią zmianę do szczypczyków chirurgicznych otrzymaliśmy podany niżej wzór szczypczyków chirurgicznych (Rys. 2 b), których praktyczność została potwierdzona w Klinice Otolaryngologicznej U. S. B.



Rysunek 2.

Szczypczyki te mocno trzymają uchwycone tkanki, wywijając brzegi rany nazewnątrz oraz łatwo chwytają drobne ułamki kostne, igły chirurgiczne i t. p.

Szczypczyki te wyrabia firma „B a n c e w i c z". Wilno. Dominikańska 7.

Dr. Bernard CZEMPLIK. Oborniki Wlkp.

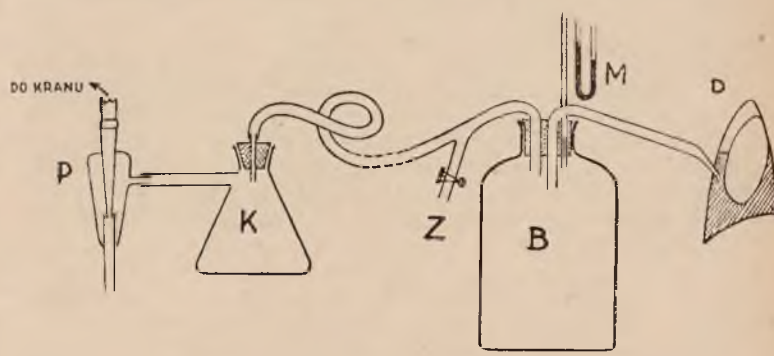
O zastosowaniu wodnej pompy Bunsena do usuwania cieczy z jamy opłucnowej.

Z Lecznicy dla płucno chorych pod Obornikami Wlkp.
Dyrektor: Dr. W. J a n k o w s k i.

Ogólna zasada zabiegów, mających na celu usuwanie wysięków wzgl. przesięków z jamy opłucnowej, polega na sztucznem wytworzeniu różnicy ciśnień pomiędzy jamą opłucnową a zbiornikiem, połączonym z nią za pośrednictwem igły punkcyjnej i węża, przyczem ciśnienie wewnątrz zbiornika winno być niższe, aniżeli ciśnienie, panujące w jamie opłucnowej. Technicznie sprowadza się zabieg do wytworzenia odpowiednio niskiego ciśnienia w zbiorniku zapomocą jakiejkolwiek ssącej pompy pneumatycznej np. ręcznej pompy wentylowej, pompy elektrycznej i t. d. lub też zapomocą zwykłej strzykawki typu Record'a.

Najszersze zastosowanie w praktyce znalazł aparat punkcyjny Potain'a z ręczną, wentylową pompą ssącą. Aparat ten, obok pewnych niewątpliwych zalet, jak taniość, niezależność od sieci elektrycznej czy wodnej, posiada kilka wad zasadniczych, związanych z typem ręcznej pompy ssącej. Do nich należy: 1) wielka nierówność wytwarzanej różnicy ciśnień pomiędzy jamą opłucnową a zbiornikiem z wahaniami od 200 mm Hg i wyżej — zależnie od jakości pompy i intensywności pompowania — prawie do 0 mm Hg, co nie może pozostawać bez wpływu dla narządów klatki piersiowej. Wyrazem tej zmienności ciśnienia jest nierównomierna szybkość wypływu cieczy, która maleje w miarę wzrostu ciśnienia w zbiorniku od silnego strumienia zaraz po wypompowaniu zbiornika — aż do wypływu kropelkowego. Nawiasowo wspomnę, że brak manometru uniemożliwia kontrolę ciśnień w aparaturze: 2) niemożność wydobywania cieczy w sposób ciągły — lecz partjami; 3) niezbędność dodatkowej pomocy przy zabiegu do obsługiwania pompy ręcznej.

W naszem sanatorjum stosuje się od kilku miesięcy aparat punkcyjny, który w miejscu ręcznej pompy ssącej zaopatrzony jest w wodną pompę ssącą typu Bunsena. Pompę taką uruchamiamy wodą bieżącą, wypływającą z kranu sieci wodnej pod ciśnieniem od ca $^1/_2$ atm. wzwyż. Aparatura, wyobrażona na załączonym schemacie, składa się: 1) z pompy wodnej, szklanej wzgl. metalowej — P; 2) z butli próżniowej — K; 3) ze zbiornika punkcyjnego — B; 4) z manometru rtęciowego — M i 5) z odpowiedniej długości węża gumowego grubościennego. Do



węża w pobliżu zbiornika załączony jest regulator w postaci krótkiego węża dodatkowego zakończonego kranem wzgl. zaciskaczem — Z, który pozwala punktującemu dowolnie zmieniać ciśnienie w zbiorniku — B, wzgl. utrzymywać różnicę ciśnień a więc i szybkość wypływu cieczy z jamy opłucnowej, na stałym poziomie. D — wyobraża schemat jamy opłucnowej z cieczą wysiękową.

Zabieg wykonujemy w sposób następujący: uruchamiamy pompę, maksymalnie otwierając kran sieci wodnej przy otwartym kranie względnie zaciskaczu regulatora Z, poczem wprowadzamy igłę punkcyjną do jamy opłucnowej. Zamykając zwolna regulator Z, zmniejszamy stopniowo ciśnienie pod kontrolą manometru M. Począwszy od ciśnienia około — 40 mm Hg (ca 720 mm Hg), zaczyna wydobywać się z jamy opłucnowej ciecz; szybkość wypływu zależy od różnicy ciśnień — i wzrasta w miarę zmniejszenia ciśnienia w zbiorniku. Zapomocą regulatora Z utrzymujemy przez cały czas trwania zabiegu różnicę ciśnień — a więc i szybkość wypływu — na stałym, pożądanym poziomie.

Reasumując: zastosowanie wodnej pompy Bunsena pozwala na usuwanie wysięków wzgl. przesięków opłucnowych w sposób ciągły, przy stałej różnicy ciśnień a tem samem — ze stałą szybkością i w sposób automatyczny. Wielką zaletą aparatu jest jego cena; dla orjentacji podaję, że cena ta w sumie nie powinna przekraczać 30 złotych.

Aparatura powyższa może znaleźć zastosowanie do usuwania nadmiaru powietrza przy odmie samoistnej wentylowej.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Psychjatryczne. I—II, 1934. P i o t r o w s k i A.: Dziesięciolecie istnienia Nowin Psychjatrycznych. — P i o t r o w s k i A.: Czterdziestolecie istnienia wojewódzkiego Zakładu Psychjatrycznego w Dziekance, piętnastolecie administracji polskiej. — W i z e K.: Przykład symbiozy literackiej wśród psychicznie chorych. — Ś w i e r c z e k St. i Ś w i e r c z k o w a St.: Odczyn opadania krwinek w porażeniu postępującem. — P r a g e r: Nerwica przypadkowa i jej ocena w przewodzie odszkodowawczym. — J a n k o w s k a H.: Opieka rodzinna nad psychicznie chorymi w Wileńszczyźnie. — W i r s z u b s k i A.: Przymus sterylizacji w Niemczech pod względem psychjatrycznym. — W i z e K.: Próba etjologji zaburzeń reaktywnych na tle rozwojowem jednostki. — Dodatek: *Przewodnik Pielęgniarski.* I. 1934. B u s z a B.: Choroby skórne. — B a r t o s z a k ó w n a A.: O uzupełnieniu wykształcenia personelu pielęgniarskiego w zakładach psychjatrycznych.

Biuletyny Sekcji Weterynaryjnej Towarzystwa Wiedzy Wojskowej. T. I. Nr. 4. 1934. Dowgiałło St.: Zarys działalności Sekcji Wet. T. W. W. w 1932/33 r. — Rokita B.: Zaopatrywanie wojska w polu w produkty mięsne w świetle higjeny. — Perkowski H.: Pasorzyty przewodu pokarmowego u koni. Zwalczanie i zapobieganie. — Kulczycki J.: Neuralgje kończyn u koni. Ich rozpoznanie i leczenie. — Niemczycki F.: Chód koguci u konia. — Klepaczko F.: Trzy przypadki tężca u koni. — Bąk A.: Zakażenia przyranne oraz ich charakter bakteryjny w świetle badań w 1929—1933 r.

Młoda Matka. Nr. 15—16. 1934. Wiszniewski J.: Wpływ czynników mieszkalnych na dzieci. — Lewenfiszowa T.: Przejawy inteligencji dziecka w 3-cim—5-tym roku życia. — Bielobradek: Mydła i pudry dla dzieci. — Blumental N.: Rozwój mowy u dziecka i jej zboczenia (c. d.). — Lenartowicz: S.: Rytm wzrastania. — Mackiewicz-Orłosiowa J.: Uczmy dziecko miłości zwierząt.

Przegląd Weterynaryjny. Nr. 8, 1934. Wroceński S.: Flora bakteryjna zdrowej spojówki oka u konia. — Zborowski Z.: Badania doświadczalne nad wrażliwością szczurów na zakażenie włośniami. — Czekotowski E.: Przyczynek do badania mięsa bydła rogatego na wągrzycę z uwzględnieniem badań histopatologicznych. — Nehrebecki M.: Projekt organizacji oddziałów weterynaryjnych przy inspektoratach hodowlanych Izb Rolniczych.

OCENY.

Pamiętnik VI Lekarskiego Kursu Wakacyjnego 1933. Ciechocinek-Cieplica. Nakładem Komitetu Organizacyjnego Lek. Kursów Wak. w Ciechocinku. Str. XXXVI + 207.

Treść Pamiętnika przedstawia się następująco: Po przedmowie i podaniu programu 5 Kursów Wakacyjnych, następuje spis odczytów 1—6 Kursów (1928—1933). Świadczy on o nader intensywnej pracy na tem polu. Odczytów było 73 wygłoszonych przez 66 autorów. Alfabetyczny spis bogatej treści I—VI Pamiętnika potwierdza to w zupełności. Po wymienieniu obszernego programu VI Kursu Wakacyjnego (7. IX. — 9. IX. 1933), Protektorat: JWP. Wice-Min. Opieki Społ. Dr. E. Piestrzyński, i spisie uczestników tegoż, następuje najważniejsza część Pamiętnika, to jest prace naukowe. Są one następujące: Prof. Dr. J. Lauber (Warszawa): Przyczynowe znaczenie gruźlicy w chorobach oczu. Min. Dr. W. Chodźko, Prezes Nacz. Izby Lek. Dyrektor Państwowej Szkoły Higjeny: Opieka lekarska w polskich długoterminowych ubezpieczeniach społecznych. Dr. A. Tuchendler (Warszawa): Istota i leczenie zaparcia nawykowego w świetle współczesnych badań naukowych. Prof. Dr. M. Rose (Wilno): Rwa kulszowa i jej leczenie. Doc. Dr. A. Dobrzański (Lwów): Cierpienia zatok bocznych nosa i ich leczenie zdrojowiskowe. Doc. Dr. F. Raszeja (Poznań): Diagnostyka reumatycznych schorzeń stawów i ich leczenie zdrojowiskowo-ortopedyczne. Dr. S. Popowski (Warszawa): Podstawy bodźcowego leczenia gruźlicy w wieku dziecięcym. Prof. Dr. L. Paszkiewicz (Warszawa): Choroby zewnątrz-wątrobnych dróg żółciowych. Doc. Dr. Stefan Sterling-Okuniewski (Warszawa): Niedokwaśność i nadkwaśność — ich leczenie zdrojowiskowe. Prof. Dr. J. Zubrzycki (Kraków): Przyczyny i leczenie krwawień okresów przejściowych kobiety.

Praca omawiająca w niniejszym zeszycie sprawy społeczne, napisana nadzwyczaj interesująco przez P. Min. Dr. W. Chodźkę, musi być stanowczo przeczytana w całości, aby móc w całej pełni ocenić jej wielką wartość.

Autor opierając się na gruntownej znajomości ustawy i na precyzyjnych danych statystycznych, roztacza przed czytelnikiem całokształt obrazu obecnego stanu opieki lekarskiej w polskich długoterminowych ubezpieczeniach społecznych, umożliwiając mu zarazem porównanie tejże opieki z opieką w kilku innych państwach (Czechosłowacja, Austrja, Niemcy). Obraz w Polsce należy do bardzo dodatnich i trzeba podziwiać coraz szersze uwzględnianie potrzeby leczenia klimatyczno-zdrojowiskowego.

Prace innej treści, nader zajmujące i głęboko ujęte, omawiają bardzo różne tematy wymienione poprzednio. Duża rozmaitość treści, dokładne przedstawienie problemów naukowych sprawia, że pobieżne choćby ich przedstawienie zajęłoby dużo więcej miejsca aniżeli rozporządza sprawozdawca w ramach krótkiej oceny, niedługie zaś ich streszczenie nie mogłoby być wyczerpujące, dlatego ogranicza się tu jedynie do ogólnych uwag, odnosząc czytelnika, o ile chodzi o szczegóły, do oryginalnych, nader ciekawych rozpraw.

Z przeczytania ich wynosi się bardzo wiele wiadomości a także i głębokie przekonanie o skuteczności wodo-klimatoi wogóle przyrodo-lecznictwa w wielu, bardzo różnych schorzeniach. Bardzo chętnie i słusznie zwraca się teraz uwagę na zjawiska zależne od zaburzeń wegetatywnych, na rolę skóry w odczynach ogólnych i ważne diagnostycznie odczyny jej wegetatywne. Także i endokrynologja ma teraz dużo większe znaczenie w lecznictwie. Zrozumienie czynnika psychicznego jest teraz dużo lepsze. To coraz większe zrozumienie tych mechanizmów biologicznych we wszelkich schorzeniach ma dla lekarza zdrojowiskowego wielkie znaczenie i pozwala mu działać na znacznie szerszej podstawie.

Na zakończenie artykuł o wystawie środków leczniczych w Ciechocinku (Barcikowski R., S. A. Poznań, „Chemergon", Fr. Karpiński, S. A., Mag. G. Klawe, S. A. Warszawa, Dr. Madaus i Co. Warszawa, E. Merck, Darmstadt, „Motor" S. A., L. Nasierowski, Warszawa, Pabjanicka Sp. Akc. Przem. Chem., Ludwik Spiess i Syn, Warszawa).

Cały Pamiętnik zestawiony bardzo zajmująco, czyta się nadzwyczaj miło. Każdy z Czytelników ma w nim coś, co Go specjalnie zajmuje, omawiane są przeróżne tematy, a niektóre są takiej przyrody, że przeczyta je każdy z równem zajęciem, dlatego że dotykają problemów równo interesujących wszystkich lekarzy.

Szata zewnętrzna ujmująca. Druk i rysunki bardzo staranne. Zdjęcia naogół udatne.

H. Sochański (Lwów).

L'exploration fonctionnelle de la rate. Diagnostic et traitement des syndromes spleniques. (Badanie czynnościowe śledziony. Diagnostyka i leczenie zespołów śledzionowych). ED. BENHAMOU. Masson et Cie. Paris 1933. Stron 251. Cena 50 fr. fr.

Fizjopatologja śledziony nie jest już dzisiaj tą ziemią nieznaną, jaką stanowiła jeszcze doniedawna. Jednakowoż prac, przynoszących ważne nieraz przyczynki do tego działu medycyny, pojawiło się takie mnóstwo, że trudno nawet interniście, zajmującemu się specjalnie zagadnieniami związanemi pośrednio lub bezpośrednio z wielorakiemi czynnościami i schorzeniami śledziony, ogarnąć dotyczące tych problemów piśmiennictwo. Toteż wielką zasługę zaskarbił sobie autor omawianego dzieła, w którem potrafił zwięźle, a przytem jasno i przystępnie przedstawić nietylko badanie czynnościowe śledziony, rozstrzygające niejednokrotnie o dalszych losach chorego, ale także rozpoznawanie i leczenie zespołów śledzionowych wedle teraźniejszego stanu wiedzy lekarskiej. Przyszło mu to tem łacniej, że będąc lekarzem szpitalnym w Algerze miał sposobność zetknąć się z chorobami śledziony tak częstemi wśród mieszkańców basenu śródziemnomorskiego, i sam też wydał kilkanaście prac o śledzionie.

Układ książki odznacza się przejrzystością. W krótkim wstępie daje autor historyczny przegląd postępów fizjologji i patologji śledziony. W I. rozdziale omawia B. badanie czynnościowe prawidłowej śledziony, przyczem z trzech głównych działów czynności śledziony: 1) jako zbiornika zapasowego krwi; 2) jako narządu krwiotwórczego; 3) jako części układu siateczkowo-śródbłonkowego (najwięcej uwagi poświęca pierwszemu). R. II. traktuje o próbach czynnościowych u chorych po wycięciu śledziony, a r. III. o badaniu funkcjonalnem śledziony patologicznej. W tych trzech rozdziałach, zajmujących prawie połowę tekstu (97:227 stron) mieści się więc całe badanie czynnościowe śledziony, w dalszych zaś — część kliniczna (diagnostyka i terapja). R. IV—VII. poświęca autor pokolei rozpoznaniu różniczkowemu: 1) czystych t. j. niepowikłanych splenomegalij; 2) niedokrewności, którym towarzyszy powiększenie śledziony; 3) żółtaczek hemolitycznych; 4) skaz krwotocznych. W r. VIII rozpatrywuje B. znaczenie powiększenia śledziony w przebiegu chorób krwi, gruczołów chłonnych i wątroby oraz chorób zakaźnych. W dwóch następnych rozdziałach podaje wskazania lecznicze w zespołach śledzionowych, zwłaszcza szczegółowo rozważając wskazania i przeciwwskazania do zabiegów chirurgicznych, a w ostatnim (XI. r.) opisuje dalsze następstwa splenektomji.

Po tekście zamieszczono nader obfitą bibljografję, obejmującą 298 pozycyj z piśmiennictwa francuskiego, angielskiego (amerykańskiego) i niemieckiego, w tem 18 prac napisanych przez autora samego względnie wespół z uczniami. Wymieniono tu też niektórych polskich autorów, którzy ogłosili swe prace w języku franc. lub niem., m. i. poświęca B. obszerniejszą wzmiankę na str. 168 pracy F. Naroga ze Lwowa, opublikowanej w *Arch. d'Ophtalm. 1927.* Na końcu książki znajduje się wskaźnik alfabetyczny oraz spis rzeczy.

Wydano książkę bardzo starannie. Okładkę broszurową zdobi skromny, lecz estetyczne wrażenie czyniący rysunek, który przedstawia położenie śledziony w stosunku do otaczających ją narządów. Tekst ilustrowano licznemi (103) rycinami oraz kilku-

dziesięciu tabelami. Korektę przeprowadzono pieczołowicie: w tekście znalazłem zaledwie jeden błąd drukarski; gorzej ma się sprawa ze spisem piśmiennictwa, gdzie tytuły prac zwłaszcza niemieckich uległy dość licznym zniekształceniom.

Reasumując podane wyżej zalety stylu i treści, należy dzieło B. uznać za doskonałe i jedyne w swoim rodzaju. Z przyjemnością i korzyścią przestudjuje je internista (hematolog), a także chirurg znajdzie w niem ściśle sprecyzowane wskazania i przeciwwskazania do zabiegów operacyjnych na śledzionie.

Dr. A. Finkel (Lwów).

Therapeutique hydroclimatique des maladies non tuberculeuses de l'appareil respiratoire. (Leczenie zdrojowo-klimatyczne niegruźliczych schorzeń narządu oddechowego). M. PIÉRY. Masson 1934. Str. 160. 20 fr.

Wzorowe monograficzne opracowanie oparte na nowych spostrzeżeniach z zakresu patologji i balneoterapji schorzeń niegruźliczych narządu oddechowego. Uwzględnione są przedewszystkiem wyniki doświadczalne uzyskane przez Villaret, Justin-Besançon, Vexenat, Piéry i Milhaud i innych w badaniach nad działaniem francuskich siarczanek na tor oddechowy, mięśniówkę oskrzeli i ciśnienie krwi. Dziwne jest bardzo pobieżne potraktowanie odczulającego działania wód alkalicznych i radoczynnych na śluzówkę, mimo że odkrycie tego działania jest zasługą licznych francuskich badaczy.

Leczenie wziewalniane, pitne i kąpielowe przedstawione jest metodycznie dla wszelkich schorzeń pierwotnych i wtórnych narządu oddechowego. Druga część zawiera omówienie leczenia klimatycznego tych chorób z przedstawieniem elementów klimatycznych, sposobu ich działania i wskazań klimatów dla poszczególnych chorób. Omawiane są tu tylko uzdrowiska i stacje klimatyczne francuskie, cytowana tylko literatura francuska. O klimacie stepowym, pustynnym i t. p. niema nawet wzmianki, gdyż nie istnieją na obszarze Francji. Wybrzeże Atlantyku zalecane jest tylko wyjątkowo i bez wielkiego zapału, brzeg kanału La Manche uznany za wprost nieodpowiedni. Książka zawiera 2 mapki i 18 dobrych rycin objaśniających.

Sabatowski (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Mikrobiologja i serologja.

Odkrycie zarazków błonicy i tężca przed 50 laty. GINS. Med. Klin. Nr. 16. 1934.

Gruźlica i cholera miały już swoje opracowanie bakterjologiczne, gdy Löffler rozpoczął badania nad błonicą. W roku 1884 doszedł do wniosku, że błonicę wywołuje drobnoustrój w postaci pałeczki. Jednak 2 spostrzeżenia nie dawały mu możności wypowiedzenia się z całą stanowczością: 1) fakt, że czystemi hodowlami tych bakteryj nie udawało się wywołać u zwierząt doświadczalnych obrazu podobnego do błonicy ludzkiej, 2) okolicznościowe występowanie tych bakteryj u osób, które błonicy nigdy nie przechodziły. W 6 lat później M. Beck ugruntował odkrycie Löfflera na bogatym patologiczno-anatomicznym materjale. Równocześnie prawie francuski badacz Roux i Yersin odkryli w hodowlach maczugowców błonicy Löfflera jad, który pobudził Behringa do jego pracy nad leczeniem błonicy antytoksyną. Wydawało się, że zwalczenie błonicy nie będzie przedstawiać trudności, bo każdy przypadek przez bakterjologiczne badanie łatwo będzie rozpoznany, przez surowicę leczniczą zło zostanie stłumione, przez stwierdzenie i opanowanie nosicieli nie pozwoli się na rozprzestrzenianie, a przez czynne uodpornienie zmniejszy się możność zachorowań. Jedynie odkrycie Löfflera posiada dzisiaj tak pewną podstawę, jak przed 40 laty. Wszystkie inne pytania stały się znowu przedmiotem roztrząsań. Od kilku lat staje się głośnem, że swoista surowica nie spełnia swego zadania. Może błonica zmieniła swój zakaźny charakter, w każdym razie *„der Schlüssel passt nicht mehr in das Schloss"*. Nasuwa się porównanie z losem ochronnego szczepienia przeciw ospie, które w 30 lat po odkryciu Edwarda Jennera, pomimo szczepień po 12 razy na jednem ramieniu, nie dawało odporności. Przyczyna leżała w zdegenerowaniu materjału szczepiennego dzięki długotrwałemu przenoszeniu szczepionki z ramienia na ramię t. j. bez zmiany gospodarza.

Surowicę przeciwbłoniczą przygotowuje się przynajmniej częściowo ze starych szczepów pracownianych; może błąd leży w tem właśnie, że antytoksyna powinna być otrzymywana ze świeżych szczepów błoniczych?

Sprawa czynnego uodparniania przeciw błonicy ogranicza się tylko do uzyskania przeciwjadowej odporności. Działanie jadu błoniczego jest jednak tylko częścią schorzenia błonicy — choroby zakaźnej — a nie czystego zatrucia jadem, jak to mamy do czynienia przy tężcu i zatruciu jadem kiełbasianym. Zakaźny czynnik nie wchodzi w grę w żadnym z ogólnie znanych a niedających wyników sposobów szczepienia ochronnego.

Laseczki tężca były odkryte przez Nicolaiera w r. 1884, uzyskanie czystej hodowli przez Kitasato i Nicolaiera; Behring i Kitasato rozwinęli badanie nad antytoksyną tężcową, która w wojnie światowej tak wielkie oddała usługi.

J. Jaskólska (Kraków).

Nowy odczyn serologiczny z chlorkiem magnezu. R. BAUER. Med. Klin. Nr. 7. 1934.

Nowa próba serologiczna polega na zdolności skłaczkowacenia badanej surowicy, stopniowo rozcieńczanej solą fizjologiczną, z 1/3 wysyconym roztworem chlorku magnezu. Odczyn odbywa się na gotującej łaźni wodnej w przeciągu 15 min. Normalnie skłaczkowacenie występuje do drugiej rurki rozcieńczeń. Teoretyczne uzasadnienie odczynu leży w zdolności hamowania termicznego skłaczkowacenia albumin surowicy przez roztwory chlorku magnezu, a niemożności hamowania strącania się euglobulin i pseudoglobulin. Seryjne badania rozcieńczeń globulinowych wykazały, że stężenia 40% dają ślady odczynu dodatniego, natomiast stężenia 30% euglobulin dają odczyny wyraźnie dodatnie. Ze względu na zawartości globulin można podzielić surowice ludzkie na trzy typy. U ludzi zdrowych odczyn ten jest z reguły ujemny. Nie we wszystkich jednak schorzeniach odczyn ten bywa dodatni. W niektórych schorzeniach odczyn ten, z prawdopodobieństwem próby biologicznej, jest swoisty. Zachowanie się tego odczynu w tych cierpieniach autor osobno dokładnie opisze.

Z. Godłowski (Kraków).

Zapalenie wsierdzia na tle paciorkowca zieleniejącego o przebiegu ostrym. I. W. HELD, A. A. GOLDBLOOM. Arch. of Int. Med. Nr. 4. 1934.

Paciorkowiec zieleniejący może wywoływać zapalenie wsierdzia ostre i szybko kończące się śmiercią. W tej postaci często spotyka się, że bywa ona poprzedzana przez pewne ostre zakażenie trwające kilka dni lub kilka tygodni. O ile zdarzy się, że owe zakażenie poprzedzi ostre zapalenie wsierdzia w odstępie zaledwie kilku dni, wówczas rozpoznanie może być trudne, gdyż obraz zapalenia wsierdzia na tle paciorkowca zieleniejącego bywa klinicznie zatarty. Jako przyczynę nietypowego, ostrego przebiegu tej postaci zapalenia wsierdzia uważają autorzy całkowitą utratę siły obronnej śródbłonka siateczkowego we wsierdziu, przez zadziałanie pierwszego zakażenia. *Z. Tomanek* (Lwów).

Zakażenie Salmonellą suipestifer i ostre zapalenie wsierdzia. B. A. GONLEY, S. L. ISRAEL. Arch. of Int. Med. Nr. 5. 1934.

Opisują przypadek bakteremji zarazkiem *S. suipestifer*, w którym jako powikłanie stwierdzono zapalenie wsierdzia, czego w piśmiennictwie jeszcze nie notowano. Przytem omawiają częstość i symptomatologię tego zakażenia na podstawie 34 przypadków. *Z. Tomanek* (Lwów).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

O racjonalnej metodzie sztucznego przerwania ciąży. N. M. KAKUSZKIN (Charkow). Wracz. Dieło. Nr. 1. 1934.

Istniejąca od 12 lat legalizacja przerwania ciąży daje możność obserwacji dużej ilości powikłań i następstw związanych z przerwaniem ciąży. Po omówieniu tych następstw (dzieci nieżywe przy następnych porodach, słabe bóle porodowe, powikłania III okresu porodowego, zaburzenia miesiączkowe, wpływ na *libido sexual.)* — a. stwierdza, że operacja sztucznego przerwania ciąży składa się z 2 momentów brutalnych: rozszerzenie kanału szyi i wyskrobanie jamy macicy. Częściej spotykane w ostatnich latach zwężenia i atrezje szyjki macicy wiąże a. z zabiegiem przerwania ciąży szczególnie z rozszerzeniem szyjki. Wyskrobanie jamy macicy jest zabiegiem „antychirurgicznym", gdyż operuje się na ślepo i uszkadza zupełnie zdrowy narząd.

Podobnej operacji nie spotykamy w chirurgji. Pozatem, twierdzi autor, jest to operacja wykonywana wbrew podstawowym zasadom położnictwa: wszelka interwencja chirurgiczna w położnictwie powinna nastąpić tylko w razie konieczności, natomiast obecnie przerwanie ciąży operacyjne jest metodą wyboru.

Obecny sposób przerywania ciąży należy zmodyfikować i wykonywać ten zabieg w ten sposób, by poronienie przebiegało samoistnie, bardziej fizjologicznie, a rola lekarza-położnika miałaby polegać nie na czynnej interwencji od początku do końca poro-

nienia, tylko na wywołaniu poronienia i wyczekiwaniu na jego przebieg, analogicznie do postępowania położnika przy normalnym porodzie, kiedy lekarz zachowuje się wyczekująco, interweniując tylko wtedy, gdy zaistnieją ku temu uzasadnione wskazania.

Zmodyfikowana metoda przerwania ciąży powinna odpowiadać 2 warunkom: powinna być jaknajbardziej delikatna i najmniej szkodliwa dla organizmu, drugi warunek — to wyłączenie możności zakażenia. Wstrzykiwanie do jamy macicy nalewki jodowej a odrzuca, jako zabieg nieodpowiadający powyższym warunkom. Wstrzykiwanie 5% rozczynu soli kuchennej z dodaniem 0.6% chlorku wapnia (wg. prof. Mironowa) wywiera zbyt silne działanie drażniące. Różnego rodzaju pasty są niebezpieczne ze względu na możliwość zatorów powietrznych i tłuszczowych; pozatem składniki past jak jod, tymol i różne olejki eteryczne mają zbyt silne działanie drażniące i znacznie uszkadzają ścianę macicy.

A. podaje swoje wyniki przerywania ciąży zapomocą wstrzykiwania do jamy macicy mieszaniny oleju słonecznikowego z lanoliną z dodaniem niewielkiej ilości nalewki jodowej, - przyczem otrzymał dodatnie wyniki w 17 przypadkach. Mieszaninę tę w ilości najwyżej 10 cm³ wstrzykiwano strzykawką Luera przez cewnik kobiecy do jamy macicy; po upływie 1—2 godzin występowały bóle kurczowe, niezbyt silne i nieznaczne krwawienie. Po 24—48 godzinach macica samoistnie opróżniała się i tylko w 5 przypadkach spowodu utrzymującego się krwawienia trzeba było usunąć resztki zapomocą skrobanki. Celem wzmocnienia działania można macicę uprzednio uczulić, wstrzykując domięśniowo 0.05—0.1 *Chinini muriat.*, a po wstrzyknięciu do jamy macicy mieszaniny pobudzić macicę do skurczu preparatami przysadki.

A. zastrzega się, że nie jest bynajmniej zwolennikiem tej właśnie metody, która może być przyjęta lub odrzucona zależnie od dalszych obserwacyj. Chciałby tylko zwrócić uwagę na konieczność zaniechania dotychczasowego sposobu przerywania ciąży jako bardzo szkodliwego i zastąpienia go innym sposobem tak, aby sztuczne przerwanie ciąży miało przebieg zbliżony do poronienia samoistnego. *M. Segal* (Lwów).

Dychawica oskrzelowa jako powikłanie ciąży. B. GREEN. Journ. of the Am. Med. Assoc. T. 102. Nr. 5. 1934.

Autor dzieli przypadki dychawicy oskrzelowej wikłającej ciążę na dwie grupy: do pierwszej zalicza te, w których stwierdzono astmę przed ciążą, a do drugiej te, w których jest ona bezpośrednim skutkiem zaburzeń narządu rodnego kobiety w czasie ciąży. Do pierwszej grupy należą chore, których choroba spowodowana jest uczuleniem na rozmaite substancje. U nich napady dychawicy w czasie ciąży są bardzo ciężkie i nierzadko kończą się śmiercią matki, płodu, lub obojga. W grupie drugiej mieszczą się te chore, które cierpią na pewne zaburzenia narządu płciowego, wywołujące u nich napady dychawicy w różnych okolicznościach: i tak u jednych występują w czasie każdorazowej miesiączki, u innych w czasie ciąży i karmienia. Dychawica oskrzelowa w czasie miesiączki wywołana jest przypuszczalnie wskutek uczulenia ustroju na jakiś hormon wytworzony w czasie menstruacji, albo na wytwór błony śluzowej macicy, wchłonięty po miesiączce. Często zdarza się, że napady znikają z chwilą zajścia w ciążę, a pojawiają się znowu z chwilą pojawienia się miesiączki. Do grupy tej należą też te chore, u których napady występują tylko w czasie ciąży. Nie ulega wątpliwości, że i tu wchodzi w grę nieprawidłowe uczulenie na substancje wytworzone w czasie ciąży, a często zdarza się, że napady dychawicy występują wyłącznie w czasie ciąży z płodem męskim, a nie występują przy płodzie żeńskim i naodwrót. Ciekawy jest fakt, że dzieci urodzone z takich matek wykazują przewrażliwość na rozmaite substancje, która pojawia się przed 10-tym rokiem życia. W drugiej części pracy opisuje autor 2 przypadki własne, z których jeden zakończył się śmiercią matki. Na podstawie wyników własnych oraz przytoczonego piśmiennictwa dochodzi autor do wniosku, że dychawica oskrzelowa bardzo często ulega w czasie ciąży znacznemu zaostrzeniu. Oba wymienione rodzaje dychawicy w ciąży często łączą się z zatruciem, toksemją i wtedy może zaistnieć wskazanie do przerwania ciąży. O ile nie wystąpią objawy zatrucia ustroju, należy stosować leczenie zachowawcze i objawowe, jakkolwiek każda postać dychawicy jest groźnem niebezpieczeństwem dla płodu. *A. Selzer* (Lwów).

Niedrożność jelit i ciąża. T. JOFFE. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 95. Z. 4—5.

Niedrożność jelit w ciąży zdarza się rzadko. Autor opisuje ciężki przypadek skrętu jelita czczego i esicy u ciężarnej pod koniec ciąży. Skręt ten był uwarunkowany chorobą Hirschsprunga, a bezpośrednią przyczyną jego powstania była ciężka praca fizyczna. Choroba spowodowała poród przedwczesny płodu asfiktycznego, który zmarł w krótkim czasie po porodzie. Chora wkrótce również zmarła. Projektowanej po porodzie laparotomji nie wykonano, ze względu na nagłe pogorszenie się i tak bardzo ciężkiego stanu chorej. Wkońcu autor rozpatruje rodzaje niedrożności jelit, ich przyczynę, oraz leczenie. Co do tego ostatniego, to obecnie prawie wszyscy operatorzy stoją na stanowisku, że w przypadkach skrętu jelit, nawet przy najmniejszem podejrzeniu na to powikłanie, należy bezzwłocznie przystąpić do otwarcia jamy brzusznej, a nie wyczekiwać porodu siłami natury; również nie należy przed operacją kończyć porodu drogą pochwową. Dzięki szybszej decyzji co do operacji wysoka śmiertelność w przypadkach ostrej niedrożności jelit u ciężarnych i rodzących w nowszych czasach znacznie zmalała w porównaniu ze statystykami dawniejszemi, aczkolwiek wciąż jeszcze jest bardzo wysoka. *J. Lenczowski* (Lwów).

Ostre i podostre zropienia jaja płodowego w przypadkach 2—4 miesięcznej ciąży pozamacicznej. F. JAYLE. Soc. Fr. de Gyn. Z. 2. 1934.

Przypadki te są nadzwyczaj rzadkie, gdyż autor zauważył w przeciągu 44 lat zaledwie 2. Sprzyjają powstaniu tego zabiegi wewnątrzmaciczne, jak np. rozszerzanie szyi, podczas których zarazki, znajdujące się w ujściu macicy, przedostają się drogą naczyń chłonnych do jamy brzusznej i tam znalazłszy dobre podłoże w postaci skrzepów i płynnej krwi rozwijają się w nadmiernej ilości; z drugiej strony pewna ilość zarazków może się przedostać z przewodu pokarmowego przez uszkodzoną otrzewną jelitową. Klinicznie zropienie jaja płodowego może przebiegać w dwóch postaciach: 1) ostrej — z temp. do 40° i objawami ostrego zapalenia otrzewnej i 2) podostrej, która przebiega, jak zwykłe ropne zapalenie przydatków. W obydwu przypadkach jedynem leczeniem jest zabieg operacyjny.

H. Newlińska (Lwów).

150 lędźwiowych znieczuleń zapomocą perkainy. WURZEL. Čas. Lék. Česk. Z. 44. 1933.

Znieczulenie lędźwiowe perkainą nadaje się dobrze do zabiegów chirurgicznych i tem znieczuleniem osiąga się lepsze wyniki aniżeli zapomocą innych środków znieczulających j. np. nowokainą, tropakokainą, tutokainą i t. p. Tyczy się to głównie trwania znieczulenia, spadku napięcia mięśni, nieznacznej jadowitości oraz dobrego działania już w dawkach nieznacznych. Przy operacji jelita osiągamy zupełne znieczulenie; w sprawach żołądka i woreczka żółciowego nastaje zupełne znieczulenie bardzo często i tam, gdzie pomożemy sobie (jeżeli znieczulenie nie wystarcza) kombinacją Kirchnera (nastrzykaniem małej sieci lub znieczuleniem trzewi). Długie trwanie znieczulenia perkainą umożliwia nam i długotrwającą operację, uwalniając chorego od narkozy ogólnej i oszczędzając mu zwykłych bólów pooperacyjnych. Bóle głowy po znieczuleniu lędźwiowem występują rzadziej, aniżeli po innych przetworach. Nieprzyjemnych powikłań po perkainie autor nie widział. *Ungar* (Lwów).

Okulistyka.

Zagadnienie zapobiegania ślepocie na XIV Międzynarodowym Kongresie Okulistycznym w Madrycie. M. ZACHERT. Przegl. Trach. i Okul. Społ. Nr. 2—3. III. 1933.

Sprawozdanie z działalności międzynarodowej Ligi do zapobiegania ślepocie, powstałej w r. 1929, a do której należy też Polska. Na posiedzeniu naukowem zajmowano się głównie kwestją racjonalnej klasyfikacji przyczyn ślepoty. Odnośne referaty wygłosili i projekty przedstawili Marquez, Bishop-Harman i Marx. Według Marqueza klasyfikacja powinna się opierać na określeniu zmiany anatomo-patologicznej, będącej przyczyną ślepoty i przyczyn pośrednich prowadzących do tej zmiany.

Dr. J. Grzędzielski (Lwów).

Przyczynek do zagadnienia ślepoty w Polsce. Z. GALEWSKA. Przegl. Trach. i Okul. Społ. Nr. 4. III. 1933.

Autorka zbadała 122 wychowanków Państw. Instytutu dla ociemniałych w Warszawie i w Zakładzie dla dzieci ociemniałych w Laskach. Dzieci słabo widzące są razem wychowywane z zupełnie ślepemi. Autorka dzieli je na 2 grupy: I. niewidomych, z górną granicą bystrości wzroku 1/60 i II. niedowidzących z górną granicą 1/4—1/3, zależnie od okoliczności. Dzieci z tej drugiej grupy powinny być właściwie kształcone w osobnych szkołach dla słabo widzących, ale ponieważ brak takich u nas, muszą się narazie uczyć z dziećmi ślepemi. Dzieci niedowidzące uczą się naogół gorzej alfabetu dla ślepych jak dzieci zupełnie

ślepe, ale współżycie tych dwóch grup jest korzystne. W nauczaniu powinno się wykorzystywać resztki wzroku i poczucie barw. O ile możności dzieci słabo widzące powinno się też uczyć zwykłego alfabetu.

Spośród przyczyn ślepoty najczęściej są (31%) zmiany wrodzone, potem ropotok noworodków (19%), choroby zakaźne (16%), urazy (10%). W reszcie przyczyny nie da się wykazać. W blisko 34% (ropotok, ospa) ślepocie dałoby się zapobiec. W 6 wypadkach (na 108) odczyn Wassermanna był dodatni. Z przyczyn anatomicznych oślepnięcia to 32% dają schorzenia gałki, 28% schorzenia rogówki, 15% sprawy soczewkowe, 13% choroby nerwu wzrokowego.

Zakłady dla ociemniałych powinny współpracować z okulistami, którzy mają określać stopień ślepoty, stwierdzać przyczyny ociemnienia, ewent. choroby zaraźliwe oczu i zapobiegać utracie reszty widzenia. *Dr. J. Grzędzielski* (Lwów).

O leczeniu jaglicy zapomocą wysysania. M. KARBOWSKI. Przegl. Trach. i Okul. Społ. Nr. 3. II. 1932.

Autor stosuje metodę, podaną w r. 1918 przez Blatta, a udoskonaloną przez siebie. Potrzebne są do tego rurki szklane, rozszerzone na końcu w ampułkę, o średnicy ujścia 5 mm i 5×20 mm. Aspirację powoduje się zapomocą gruszki gumowej, lub lepiej strzykawki 200 cm³. Wysysanie trwa ok. 10 min.; podczas tego spojówka wpukla się w głąb ampułki na 2—6 mm, tworzą się drobne wybroczyny wskutek przekrwienia i następuje dokładne opróżnienie ziarenek jagliczych z treści. W ten sposób należy całą spojówkę dokładnie oczyścić z jagieł. Po 2 tyg. należy zabieg powtórzyć. Jako uzupełnienie zabiegu autor stosuje szczepienie na- lub doskórne treści wyssanych jagieł. Korzyści opisanego sposobu leczenia autor widzi w powstającem przekrwieniu biernem podczas ssania i następowem czynnem, dalej w opróżnieniu treści jagieł bez wtarcia jej w otoczenie i uszkodzenia zdrowej spojówki, oraz na znacznem skróceniu leczenia.

Dr. J. Grzędzielski (Lwów).

Stosowanie olejku czolmogrowego w leczeniu jaglicy. M. ZACHERT. Przegl. Trach. i Okul. Społ. Nr. 4. III. 1933.

Autor stosuje wcierania olejku czolmogrowego w spojówkę w uzupełnieniu rozmaitych zabiegów operacyjnych i mechanicznych na niej wykonywanych, jak skaryfikacja, skrobanie, wygniatanie, masaż i t. p. Chorzy znoszą olejek bardzo dobrze, gdyż po krótkiem pieczeniu działa on osłaniająco na spojówkę, nadaje jej gładkość i wilgotność tak, że chorzy po zabiegach mogą wrócić do zajęć. Działanie olejku jest też głębsze, niż innych leków. *Dr. J. Grzędzielski* (Lwów).

Leczenie oderwania siatkówki wielokrotnem nakłuwaniem igłą diatermiczną. K. SAFAR. Liječnički Vjesnik. 1933. Nr. 11.

Nakłuwania wykonuje się w tem miejscu ściany gałki ocznej, w którem przypuszcza się szczelinę siatkówki. Po odpływie płynu subretinalnego przez otwory nakłucia, przykłada się siatkówkę do skoagulowanej naczyniówki i zrasta się z nią. Metoda jest prostą i skuteczną, szczególnie w przypadkach świeżych, przedtem nieleczonych. Powikłania są bardzo rzadkie.

R. L. (Lwów).

Pomyślna próba leczenia barwikowego zapalenia siatkówki (retinitis pigmentosa) wątrobą. R. BASSIN. Zdravniški Vestnik. T. V. Nr. 12.

Po 5½ miesiącach podawania 1/4 kg wątroby dziennie wydatna poprawa na obu oczach. *Leszczyński* (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Protokół posiedzenia Sekcyj do zwalczania gruźlicy oraz do spraw lecznictwa i profilaktyki w ubezpieczeniach społecznych Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia w dniu 22 listopada 1933.

Przewodniczy: Dr. Jan Adamski, Dyr. Depart. Sł. Zdrowia.
Protokół prowadzi: H. Rawicz-Szczerbo.

Zebranie zagaja Dr. J. Adamski, Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia, poczem Dr. Marja Skokowska-Rudolfowa wygłasza referat p. t.: *„Warsztaty dla chorych na gruźlicę"*.

Warsztaty pracy dla chorych na gruźlicę są wynikiem idei, coraz głębiej przenikającej, o konieczności t. zw. terapji pracy.

Ta ostatnia rozwija się dzięki inicjatywie i poświęceniu jednostek; etapy jej rozwoju trudne są do uchwycenia, dopiero ostatnich parę dziesiątków lat wykazuje postępy w tej dziedzinie. Amerykańskie określenie terapji pracy brzmi w dosłownem tłumaczeniu następująco: „terapja pracy jest to wszelka czynność umysłowa lub fizyczna, zalecona i prowadzona w celu przyczynienia się lub przyśpieszenia uleczenia choroby lub kalectwa".

Już Galen w 172 roku uznawał pracę, jako środek leczniczy. We Francji w roku 1791 zastąpiono przymus fizyczny pracą przy leczeniu obłąkanych; w Filadelfji pracę zastosowano dla umysłowo chorych już w r. 1751, w Niemczech w 1803 r., a w r. 1846 *The American Journal of Insanity* umieścił pracę o leczniczych właściwościach zajęć.

Potem w ciągu 50-ciu lat w dziedzinie tej panuje cisza; dopiero znów w 1895 r. szpital w Baltimore zainstalował warsztat, a w kilka lat potem zaangażował specjalnego nauczyciela dla swoich chorych.

Pierwszy kurs prowadzenia pracy zorganizowała i pierwszą o tem książkę napisała pielęgniarka Suzan Tracy w 1906 r., w 1908 roku został zorganizowany pierwszy oficjalny kurs dla instruktorów pracy.

Cała ta akcja była prowadzona wyłącznie w szpitalach dla umysłowo chorych i dla tych chorych.

Dopiero wielka wojna dała bodźca do dalszego rozwoju myśli o zastosowaniu pracy w lecznictwie. Pierwsza Kanada podjęła tę sprawę w związku z dużą liczbą rannych na wojnie. W Stanach Zjednoczonych A. P. powstaje kilka szkół dla inwalidów z zakresu pomocniczych wojennych specjalności. Rozwój zatem terapji pracy zależny jest od usiłowań przeszkolenia *(reeducation)* poszkodowanych fizycznie i umysłowo żołnierzy.

Po wojnie ruch ten nie ustaje, lecz rozwija się dalej. W r. 1930 Stany Zjednoczone miały 437.919 łóżek dla umysłowo i nerwowo chorych, z tego 94% chorych miało zajęcia codzienne; dla gruźlicy było 65.900 łóżek, dla chorych wewnętrznych i chirurgicznych było 371.600 łóżek, dla przypadków ortopedycznych — 6.346 łóżek, dla rekonwalescentów 7.374 łóżek. W instytucjach różnego typu praca była stosowana z najlepszemi wynikami. W 27 Stanach (56%) na terapję pracy kładzie się wielki nacisk — w 474 szpitalach tych Stanów jest zatrudnionych 1.459 instruktorów pracy, z tego 849 specjalistów i 610 niewyspecjalizowanych, pracujących pod kierunkiem pierwszych; w samym Nowym Jorku jest 99 szpitali z 445 instruktorami na specjalnych oddziałach terapji leczniczej; 383 instytucje wykazały swoją przynależność: 46 były to szpitale federalne, 120 stanowe, 48 powiatowe *(county)*, 42 miejskie, 127 prywatne; z tej grupy 163 były dla umysłowo chorych, 72 dla gruźliczych, 30 ogólnych, 18 ortopedycznych, 16 dziecięcych, 13 dla ozdrowieńców. (Oczywiście praca istnieje w zakładach poprawczych i więzieniach. To ostatnie wywołało skargi ze strony związków pracowniczych — *labor organisations*, które obawiały się konkurencji na rynku wyrobów. Skargi te odniosły skutek z wielką krzywdą dla strony moralnej więziennictwa).

W Stanach Zjednoczonych istnieje 5 szkół dla instruktorów pracy *(School of occupational therapy)*, a także 2 szkoły dokształcające. Stowarzyszenie *„American occupational Therapy Association"* regestruje instruktorów i ustaliło wymaganie dla ich przygotowania: najmniej 18 miesięcy nauki, w tem 9 miesięcy pracy teoretycznej i technicznej i drugie tyle praktyki w określonym szpitalu; podawane są wskazówki dydaktyczne, wygłaszane są wykłady z dziedziny lekarskiej i z psychologji. Wysokość wynagrodzenia instruktorów nie jest ustalona, waha się ona od 75 do 100 dolarów miesięcznie dla młodszych i do 200 dolarów miesięcznie dla inspektorów tej pracy. Dział terapji pracy jest zwykle luźno związany z administracją szpitala, jest on zwykle prowadzony przez Komitet Pań; gdy artykuły stają się możliwe do sprzedaży, dział staje się czasem samowystarczalny. O ile doświadczenie jest udane, zarząd szpitala często przejmuje dział pracy i jego kierowniczka — są to przeważnie kobiety — wchodzi w skład personelu szpitalnego.

Praca, jako metoda lecznicza, została uznana z łatwością przez kierowników szpitali dla umysłowo chorych, w innych szpitalach wprowadzenie jej napotyka trudności często ze strony nawet personelu lekarskiego, dużą trudność stanowi czasem rodzaj szpitala — np. w szpitalach ogólnych, gdzie materjał chorych szybko się zmienia, poważną przeszkodę stanowią również trudności finansowe. Terapja pracy toruje sobie, jako metoda, drogę z trudem, musi ona dowieść, że sprzyja prędszemu uruchomieniu zesztywniałych stawów i zwiększeniu siły i napięcia zanikłych mięśni, że wydatki na surowiec zwracają się, jako poprawa stanu fizycznego. Szczególnie ostro występuje konieczność zastosowania terapji pracy w okresie rekonwalescencji, okresie bardzo trudnym i niebezpiecznym; w obecnej dobie pośpiechu rekonwalescencja jest skracana i należy się obawiać, że po wyjściu ze szpitala może pozostać na dłużej fizyczne

i moralne niedołęstwo. Jest czynnik nieokreślony — *„morale“*, niezbędny lekarzowi do wyleczenia chorego. Chory, który nie chce zdrowieć, nie zdrowieje. Psychologja chorego jest trudna i trzeba w nią wniknąć. Są momenty konstruktywne — wysiłek fizyczny dla człowieka pracującego mózgiem może służyć ku odbudowie jego wewnętrznej istoty, jego wiary w siebie. O ile nie nastąpiła psychiczna odbudowa, kalectwo odczuwa się podwójnie.

Terapja pracy obejmuje 3 grupy czynności: 1) terapja rozrywkowa — zabawy, gry, widowiska, 2) terapja pracy i rękodzielnictwo — zajęcie określone, mające na celu wznowienie czynności osłabionej lub utraconej, 3) trening w pracy zawodowej, prowadzący do nauczenia się jakiejś specjalności w celu zarobkowym.

Grupy druga i trzecia mogą, a nawet być powinny w zasadzie połączone, w każdym razie możliwości terapji pracy są nieograniczone. „Terapja pracy będzie kiedyś postawiona narówni ze środkami znieczulającemi przez usuwanie cierpienia w chorobie i z antytoksynami przez skracanie czasu jej trwania“. (Thomas Salmon).

Przegląd komunikatów z zakresu szpitalnictwa w Anglji, Holandji, Francji i Niemczech potwierdza rozpowszechnienie terapji pracy. Dopuszczalne są zajęcia wszelkiego rodzaju — szewstwo, stolarka, meblarstwo, introligatorstwo, krawiectwo, warzywnictwo — pod jednym warunkiem — aby praca była produktywna i aby była dozowana przez lekarza np. w sanatorjum Hellendoorn w Holandji czas pracy wynosi od 2 do 5 godzin, dając bardzo dodatnie wyniki; na podstawie obserwacji pracy chorych na gruźlicę w sanatorjach holenderskich jeden z autorów (Sollier) stwierdza, że praca jest nietylko możliwa, ale pożądana; inny autor (Rosenberg), opisując sanatorja włoskie nad Lugano, zauważa, że „wyniki pracy są tak zachęcające, że ani chorzy, ani lekarze nie potrafią się już bez tej pracy obejść“. *Oeuvre nationale belge de defense contre la tuberculose* już w roku 1929 opracowuje projekt warsztatów przy sanatorjach.

Jest widoczne, że na pierwszem miejscu, po zakładach dla umysłowo chorych, stoją sanatorja dla chorych na gruźlicę, jako wdzięczny teren dla terapji pracy. Anglja zabrała się do rozwiązania tego zagadnienia w sposób swoisty, tworząc kolonje dla chorych na gruźlicę; w ślad za Anglją poszła Francja, a nawet w państwach mniejszych i na niższym poziomie, jak Bułgarja, spotyka się entuzjastyczną opinję o kolonjach dla gruźliczych z uwagą, że dla Bułgarji byłoby to najlepsze rozwiązanie zagadnienia gruźlicy, jako dla kraju rolniczego.

Reasumując to, co było powiedziane o warsztatach pracy dla chorych na gruźlicę, można stwierdzić, że istnieją 3 rodzaje zatrudnienia tych chorych: 1) w czasie pobytu w sanatorjum, jako jedna z najważniejszych metod, służących do utrzymania równowagi psychicznej; może mieć również w niektórych przypadkach znaczenie zarobkowe, 2) warsztaty w miastach dla chorych zdatnych częściowo do pracy, znajdujących się pod opieką przychodni, mają one głównie znaczenie zarobkowe, praca w nich jest dozowana i kontrolowana, 3) osiedla (kolonje) dla stale tam osiadłych chorych na gruźlicę, zdolnych częściowo do pracy.

Pierwszy typ warsztatów istnieje w Polsce w dwóch sanatorjach dziecięcych w Zakopanem i w Busku. Drugi typ w Polsce nie istnieje wcale. Z instytucyj zagranicznych miałam możność zwiedzenia *Altro Work Shop* w New Yorku, jedną z najbardziej znanych pracowni w tym rodzaju: są to duże zakłady krawieckie, obsługiwane całkowicie przez chorych na gruźlicę, zorganizowane na zasadach handlowych, urządzone higjenicznie, praca chorych jest pod stałą kontrolą.

Wreszcie spośród kolonij miałam możność zapoznania się z kolonją *Papworth* w Anglji i w lipcu r. b. z kolonją *Clairvivre* we Francji.

Pierwsza kolonja angielska *„Bourn Colony“* została założona w roku 1915, potem przeniesiono do Papworth w okolicy Cambridge.

Inicjator i założyciel tej pierwszej kolonji Dr. Varrier-Jones wyszedł z założenia, że chory powinien mieć otoczenie i pracę, do której przywykł; jeśli zachodzi zmiana rodzaju zajęcia, to winno ono odpowiadać możliwościom i zamiłowaniom chorego. Rozmaitość zajęć jest bardzo duża, praca na roli *(farming)* jest uważana za zajęcie bardzo uciążliwe, wymagające długiej nauki, prowadzone w warunkach zmiennych, niezawsze odpowiednich; zdaniem Dr. V. J. nadaje się bardziej zajęcie stolarza, cieśli, malarza, murarza, elektromontera, a także koszykarstwo i tkactwo. Dr. V. J. jest zwolennikiem jaknajprostszych budynków mieszkalnych i warsztatowych na kolonji ze względu na oszczędność; żąda przytem na każdej kolonji zakładu sanatoryjnego dla umieszczania tam „kolonistów“, których stan uległ chwilowemu pogorszeniu. Cała pracująca ludność kolonji powinna się składać z pacjentów, nawet instruktorzy i kierownicy pracy.

Praca powinna się odbywać w odpowiednich warunkach, praca powinna być pożyteczna, powinna dawać zarobek. Najważniejszą sprawą jest nastrój kolonji, który decyduje o powodzeniu lub niepowodzeniu kolonji.

Członek kolonji musi mieć przeświadczenie, że jest pożytecznym członkiem społeczeństwa, który chociaż chory na gruźlicę, „nauczył się“ być tym chorym, żyć tak, jak powinien żyć chory na gruźlicę i nawet cieszyć się z tego życia.

Idea kolonji powstała z głębokiej obserwacji niewystarczającej roli zakładów leczniczych. Pobyt w zakładzie leczniczym przypadków gruźlicy początkowej nie daje gwarancji ich wyleczenia; bardzo ważną, jeśli nie najważniejszą, sprawą jest los pacjenta po wyjściu z sanatorjum. Ustawowy, 3-miesięczny czy inny termin, ograniczony świadczeniami, zmusza go do powrotu w stanie rekonwalescencji do warunków niepomyślnych (na ograniczenie rozmaitych *Insurance Committees* skarży się zresztą i Varrier-Jones). Leczenie sanatoryjne przypadków początkowych, powiada sławny lekarz angielski, jest proste, „szkoda pieniędzy na cegłę i marmur, kafle i posadzki wtedy, gdy jedynie potrzebny jest barak *(shelter)* i sposobność wciągnięcia pacjenta pod odpowiedniem kierownictwem do zajmującej i pożytecznej pracy“.

Kolonja ma za zadanie przygotowanie w warunkach możliwie najlepszych pacjenta do podjęcia zwykłej jego pracy. Należy pamiętać, że pacjent po wyjściu z sanatorjum zachowuje 30—60% zwykłej zdolności do pracy, człowiek taki nie może bez ułatwień i pomocy konkurować z robotnikiem pełnowartościowym.

Nawet zupełne wyszkolenie ekspacjenta sanatoryjnego w pracy dla niego odpowiedniej nie gwarantuje mu tej pracy, dlatego konieczny jest kombinowany system *„after care“* (t. j. opieki posanatoryjnej), na który składają się: warsztaty pracy (pobyt na kolonji) i dalsza opieka stowarzyszenia, mającego na celu opiekę posanatoryjną.

Możnaby przyjąć, że przypadki gruźlicy początkowej po dokładnem wyleczeniu i przyzwyczajeniu się do normalnej pracy w specjalnej instytucji powrócą wszystkie do pracy w warunkach zwykłych, jako pracownicy pełnowartościowi. Inaczej przedstawia się sprawa z przypadkami gruźlicy rozwiniętej. Długi pobyt w sanatorjum wywołuje szczególny nastrój. Jeden z pacjentów Varrier-Jones'a określa to, jako wrażenie straty czasu, pragnienie zajęcia czemś pożytecznem umysłu. „My nie będziemy mogli kopać, powiada on, a żebrać wstydzimy się. Jeśli nie możemy pracować mięśniami, czy nie moglibyśmy kształcić naszych umysłów?“.

Drugi okres leczenia sanatoryjnego możnaby zamienić na leczenie kolonijne, uzupełnione odpowiedniem zajęciem. Celem będzie zmiana psychiki klijenta leczniczej instytucji na psychikę niezależnego obywatela osiedla.

Tego rodzaju przemiana jest możliwa, gdy pacjent ma nietylko warunki leczenia i zajęcia, ale także zwykłe otoczenie, a więc rodzinę własną. Chory z gruźlicą niezaraźliwą i po uzyskaniu bardzo znacznej poprawy nie pozostaje na kolonji, prątkujący i 50%-owi pracownicy stanowić będą ludność stałą kolonji. Są to jednostki, które stanowią beznadziejną klijentelę lekarza-praktyka i przychodni przeciwgruźliczej. Uzyskanie przez te jednostki na rynku pracy odpowiedniego zatrudnienia jest prawie niemożliwe, a szczególnie utarty frazes o „lekkiej pracy na wsi“ jest wprost legendą. Przypadki te po powrocie do zwykłej pracy kończą się fatalnie, albo pozostają stałymi mieszkańcami kolonji. Nie należy się łudzić, że ten typ chorego na gruźlicę pracującego będzie samowystarczalny — musi on być wspomagany, pomoc ta jednak nie będzie kosztowna.

W Papworth pacjent specjalista (np. szewc) staje się instruktorem i zarabia jako instruktor, jego uczniami są również pacjenci (w przypadku, opisywanym przez V. J., jeden kucharz), nie są oni płatni w ciągu 2 miesięcy nauki, potem otrzymują zapłatę za naprawę obuwia według przyjętych opłat w Cambridge od pary obuwia. Ogłoszenia w pismach i w sklepach w Cambridge zapewniają dostawę materjału do naprawy. Wysokość zarobków jest proporcjonalna do zdolności zarobkowej w %%. Przy dobrym stanie zdrowia i wprawie pacjenci dochodzą do 75% zarobków, ustalonych przez Trade-Union za godzinę pracy. Wobec z konieczności krótszego czasu pracy, przyjętego dla chorych, zarobek ten nie dosięga nigdy wysokości zarobku pełnowartościowego pracownika i nie wystarcza na utrzymanie rodziny. Reszta jest dopłacana w postaci zapomogi. Obciążenie to (w Anglji fundusz oparty na t. zw. *Poor law)* należy traktować jako słuszną rekompensatę za odciążenie społeczeństwa od zakażenia gruźliczego. Organizacja kolonij w Anglji uzyskała apro-

batę i poparcie tamtejszego Ministerstwa Zdrowia. Na przyśpieszenie wprowadzenia jej w życie wpłynęło wydanie prawa o ubezpieczeniach *(National Insurance Act)*, które rozbudziło wielkie nadzieje. Zdawało się, że wobec udostępnienia leczenia sanatoryjnego szerokim warstwom gruźlica zniknie. Nadzieje te zawiodły, czas leczenia, przyznawany przez ubezpieczenia, okazał się za krótki, wtedy to świat lekarski, a i same komitety ubezpieczeniowe zażądały utworzenia opieki pozazakładowej *(after-care)*. Wtedy zaczęła się realizować kolonja, mająca na celu opiekę nad chorymi.

Prawnie była to sprawa bardzo trudna, gdyż należało objąć opiekę nad chorymi na przeciąg całego życia, została ona rozwiązana na zasadzie obowiązku izolowania chorego na gruźlicę.

Obecnie Papworth dało już duże doświadczenie.

Zwiedzałam to słynne osiedle przed kilku laty: jest to wieś, złożona ze stu blisko rodzinnych domków, domów dla osób pojedyńczych, gmachu sanatoryjnego i kompleksu warsztatów; są tam pracownie: ciesielska, stolarska, wyrobu skórzanych artykułów podróżnych, introligatorska, szewska, drukarnia, wyrób miękkich mebli, wreszcie ogród, uprawiany przez samych pacjentów. Doświadczenie wykazało, że w odpowiednich warunkach większość rzemiosł jest dla chorych odpowiednia. W pobliskiem Cambridge znajduje się sklep z wyrobami kolonijnemi — zwracają uwagę ładne meble.

Są w Papworth kluby sportowe, T-wo ogrodnicze, drużyny skautowe, klub kobiecy, rada parafjalna, słowem całe żywe, pełne życie społeczne.

Kolonja jest oparta na zasadach zwykłego przedsiębiorstwa, t. zn. wykonywa rzeczy, mogące konkurować z przedmiotami, wyrabianemi w innych wytwórniach; pracownicy są płatni według norm zwykłych robotników; praca jest obliczona na zysk — kolonja jest samowystarczalna; przedsiębiorstwo stanowi jednostkę niezależną, nic się nie robi taniej dla samej instytucji, nie korzysta się z bezpłatnej czy tańszej roboty pacjentów; usunięty jest wszelki charakter filantropijny.

Chorzy nie są oderwani od rodzin, pracują na ich utrzymanie, uczą się pożytecznej pracy, mają możność pójścia do zakładu w razie pogorszenia, mają stałą opiekę lekarską i pielęgniarską, a jednocześnie leczą się, gdyż praca jest normowana według stanu zdrowia każdego i skrupulatnie dozorowana, a chorzy otrzymują wskazówki, jaki *„regime"* mają zachować w domu.

Ale co najbardziej godne uwagi w Papworth, to zdrowe dzieci. Tylko bardzo nieznaczny odsetek dzieci daje reakcję Pirqueta, czyli że pod tym względem lepiej jest w tem „gruźliczem" społeczeństwie, niż w normalnem. Ci ludzie wiedzą, jak się zachować, i w tem tkwi wielkie znaczenie wychowawcze kolonji pracy.

Osobny opis należy się kolonji francuskiej *„Clairvivre"*. Inicjatywę założenia kolonji powzięli członkowie Francuskiej Federacji rannych płucnych, chorzy na gruźlicę. Zresztą chorzy tego rodzaju stanowią największy odsetek członków Federacji. Z opowiadań kilku z nich wynika, że spędzali oni całe lata w sanatorjach bez poprawy stanu płuc i w przygnębionym nastroju, zmęczeni ciągłą surową dyscypliną sanatoryjną. Dopiero po zamieszkaniu na wsi w otoczeniu rodziny i po podjęciu pracy, odpowiadającej ich siłom, zaczęła się poprawa. Obecna „Komisja osiedla" składa się w znacznej liczbie z byłych chorych na gruźlicę, u których nastąpiło samowyleczenie, do nich należą: prezes osiedla Albert Delsuc, przed laty chory na gruźlicę rozwiniętą, zaraźliwą, spędził kilka lat w sanatorjach, obecnie zupełnie zdrowy, pracuje intensywnie, trzeci rok zarządza i kontroluje pracę w *Clairvivre*. Członek zarządu Kolonji Couret przebył ciężką postać gruźlicy płuc, obecnie zdrowy, pracuje normalnie; członek zarządu, którego nazwiska nie pamiętam, nie pozbył się wprawdzie prątków, jednak stan jego jest zupełnie dobry, choroba w stadjum zupełnie nieczynnem *(stationaris)*, trzeci rok pracuje intensywnie wciąż na otwartem powietrzu i na słońcu, jako kierownik robót plantacyjnych osiedla.

Pomysł założenia kolonji, według słów prezesa Delsuc'a, jest pomysłem sprzed kilku lat członków Federacji nie-lekarzy. Część lekarzy nawet wybitnych (Sergent) pomysł ten zwalczała energicznie, część popierała wprawdzie, jednak bez zbytniego entuzjazmu. Do zwolenników należeli m. i. Prof. Leon Bernard i Rist. Po dłuższych dyskusjach, a nawet walce, przystąpiono w r. 1931 do założenia osiedla. Wzorem były kolonje angielskie Preston Hall i Papworth. Federacja miała na celu stworzenie nowej jednostki „arsenału" przeciwgruźliczego, wykonanie pewnego doświadczenia urbanistycznego, wreszcie stworzenie osiedla o nowych formach społecznych.

Organem całej akcji na kolonji musi być ośrodek lekarsko-społeczny, koordynujący sprawy zdrowia i pomocy społecznej. Jest on organem *„after-care"* — opieki po leczeniu zakładowem, z tem, że „odpowiedzialność" spoczywa na samych pacjentach. Doświadczenie Papworth'u wykazało, jak ważnym czynnikiem dla zdrowia fizycznego i psychicznego jest odpowiedzialność. Chory rozporządza sam swojem życiem rodzinnem, towarzyskiem, umysłowem i moralnem, ale pod kontrolą lekarską, jest on wyjęty spod wpływu nastroju sanatoryjnego, który, jak powiada Dr. Hazeman, jeden z najwybitniejszych członków Komisji kolonijnej, może stworzyć ryzyko prawdziwego samozatrucia, rodzaj psychozy zbiorowej, obserwowanej w środowiskach skoncentrowanych na samych sobie.

Nie jest to tylko zbieg okoliczności, że pierwsza kolonja francuska dla chorych na gruźlicę została zorganizowana przez byłych kombatantów. Marzą oni o tem od roku 1919, pragnąc opuścić sanatorja, które zbyt żywo przypominają im koszary. Wspomniany wyżej p. Delsuc, wówczas sekretarz generalny Federacji, zwiedził kolonje angielskie; opracowano plany, zdobyto opinję publiczną i poparcie rządu, który w roku 1931 udzielił 52 miljony franków, uchwalone przez Parlament na założenie osiedla. Ziemię wydzierżawiono od rządu za symboliczną opłatą. Grunt i zabudowania przechodzą na własność rządu w roku 1950.

Osiedle jest położone na terenie gminy Salagnac w departamencie Dordogne pomiędzy Brive, Perigueux i Limoges, o 5 km od stacji kolejowej Boissheuil. Teren niezwykle piękny i malowniczy. Jest to szeroka dolina o stokach amfiteatralnych, na dnie doliny leży ładne duże jezioro, dokoła na stokach i dalej rosną bardzo rozległe gęste lasy liściaste (dęby, orzechy, kasztany). Gleba urodzajna z domieszką czerwonej gliny, co przypomina okolice Czerwonogrodu w Małopolsce Wschodniej. Pomimo urodzajnej ziemi miejscowi chłopi mają dość nędzne gospodarstwa, sieją zboże zwykłe o wyglądzie dość marnym, sadzą nieco wina dla własnego użytku, sady owocowe i warzywne zaniedbane. Osadnicy w *Clairvivre* mają m. in. zamiar podnieść kulturę rolną wsi. Duże ogrody warzywne dostarczają już teraz jarzyn dla pracowników, sad bardzo młody jeszcze przynosi już owoce, zasadzono przeważnie gatunki niskopiennych drzew — grusz, wiśni, brzoskwiń, które doskonale się rozwijają.

Pierwsze prace na terenie, karczowanie i t. p. rozpoczęły się we wrześniu 1931 r. W czasie mego tam pobytu (lipiec 1933 r.) byli już zainstalowani pierwsi mieszkańcy. Pracami kierował architekt-urbanista p. M. Forestier, który mi uprzejmie udzielał cennych fachowych wyjaśnień. Stan wykonanych robót przedstawia się w tej chwili w następujący sposób: Zbudowano 180 domków rodzinnych podwójnych, hotel dla samotnych na 200 łóżek, szpital na 40 łóżek, pralnię, pomieszczenia na sklepy, centralę elektryczną, przeprowadzono wodociągi i kanalizację. Zaczęto budowę warsztatów — wielkiej drukarni, wytwórni wyrobów skórzanych, fibrowych, pracowni stolarskiej. W projekcie, ale jeszcze niezaczęte, są budynki szkolne dla dziewcząt i chłopców, nieurządzone są jeszcze tereny sportowe i do gier. Warto się przyjrzeć każdemu fragmentowi oddzielnie.

Domy rodzinne są położone na stoku, amfiteatralnie, na 3 wysokościach, architekt postarał się nadać im jaknajbardziej urozmaicony wygląd przy zupełnie nowoczesnym typie zewnętrznym i wewnętrznym — dachy prawie płaskie, duże szerokie okna, linje proste, nasłonecznienie jaknajwiększe, balkony. Urozmaicenie osiągnięto przez różną wysokość domków — parterowe, jednopiętrowe i parterowe z nadbudówką — przez różne rozmieszczenie balkonów i pomalowanie na rozmaite kolory tak, aby sąsiadowały ze sobą kolory kontrastowe zharmonizowane z otoczeniem, są więc domki kremowe, bronzowo-żółte, niebieskie, ciemno-czerwone. Każdy domek jest otoczony terenem o powierzchni 800 m^2, przeznaczonym wyłącznie na trawniki i żywopłoty. Wielkość domków jest różna, niektóre są przeznaczone dla bezdzietnych małżeństw, inne dla rodzin większych lub mniejszych.

Do każdego z dwóch mieszkań w domku rodzinnym prowadzi oddzielne wejście. Na parterze mieszczą się: przedpokój, pokój dziennego pobytu (jadalnia), pokój sypialny, pokój chorego z balkonem, zwrócony na południe, łazienka i kuchnia, o ile jest to dom dla większej rodziny, na piętrze (nadbudówce) mieszczą się 2 pokoje dziecinne z balkonem. W kuchni i łazience jest woda zimna i gorąca, oświetlenie elektryczne; ogrzewanie mieszkania, wody i gotowanie odbywa się przy pomocy elektryczności. W podziemiu mieści się piwnica, a w niektórych domach może być urządzony garaż. Przeciętne wymiary pomieszczeń: pokój jadalny 4 m $\times$ 5 m, pokój chorego 3,25 $\times$ 2,5 m, sypialny — 14 m^2, dziecinny 12 m^2. Wysokość pomieszczeń na parterze 2,80 m, na piętrze — 2,60 m. Okna otwierane do wewnątrz, pojedyńcze. Materjał budowlany — pustaki betonowe i jedna warstwa cegły dziurawki; pomiędzy warstwą pustaków i cegły jest warstwa powietrza. W ten sposób są trzy warstwy powietrza. W szpitalu pozatem jest warstwa izolacyjna korkowa dla ścian

i podłóg, a wokół słupów — gumowa. Podłogi drewniane, zwykle, na tarasach — z masy gruboziarnistej, zawierającej domieszkę korka. Wykonanie drzwi i ram okiennych nieświetne, jak również zamknięcia u drzwi i okien. Wydaje się jednak, że w tamtejszym klimacie nie przedstawia to wielkiego braku.

Hotel jest to olbrzymi budynek, wysoko położony, dominuje nad całem osiedlem.

Szpital wraz z przychodnią mieści się w lesie, w pewnej odległości od osiedla, na najwyższym punkcie terenu. Do gmachu prowadzą dwa wejścia: jedno do przychodni, drugie bezpośrednio do szpitala. Szpital-sanatorjum jest przeznaczony dla mieszkańców osiedla, których stan uległ pogorszeniu, a także dla członków Federacji, skierowanych do leczenia klimatycznego. Na 5 piętrach szpitala są umieszczone kolejno: oddział dla chorych na gruźlicę, oddział dla leczenia chirurgicznego, sale porodowe i pokoje dla położnic, pokoje pielęgniarek, solarjum.

Magazyny — jest to wielki 3-piętrowy budynek, w którym będą się znajdowały wszystkie niezbędne dla mieszkańców osiedla artykuły: od wyrobów masarskich, mięsa i pieczywa do ubrań, galanterji i zabawek. Warsztaty obejmują: oddział naprawy samochodów, drukarnie, stolarnię, wytwórnię wyrobów skórzanych, mają one być urządzone według ostatniego słowa techniki. Pralnia dla całego osiedla mieści się w oddzielnym piętrowym budynku. W środku osiedla znajduje się budynek urzędu gminnego.

Plan całego osiedla jest opracowany według najnowocześniejszych wymagań urbanistycznych: część środkową zajmują instytucje publiczne — gmina, sklepy, kino; pas dalszy, okalający centrum, stanowią domy mieszkalne, przedzielone ogródkami; ku południowi od tego pasa ciągną się tereny sportowe, na południe od tych ostatnich i najniżej położone są urządzenia przemysłowe, wszystko razem otoczone pasem lasów. Rozmieszczenie poszczególnych dzielnic w kierunku południowym zależne jest od terenu — stok ku południowi i od kierunku wiatrów południowo-zachodnio-północno-wschodnich. Nisko w kotlinie, w lesie, w znacznej odległości od osiedla, są położone urządzenia oczyszczania ścieków.

Instalacja elektryczna własna — hala 7 maszyn, każda o sile 1000 HP dostarcza energji elektrycznej dla całego osiedla. Cena eksploatacji wynosi 15 centów za 1 kilowat. Ogrzewanie elektryczne w domach, jak już wyżej wspomniałam; w dużych budynkach woda ogrzewana *„par recuperation"* przy użyciu motorów Diesel'a i całkowitem zużytkowaniu t. zw. *„chaleurs perdues"*.

Woda jest sprowadzana z rzeki o 9 km od osiedla.

Dotychczasowe koszty wyniosły:

180 pawilonów (360 rodzinnych mieszkań) po 100.000 fr.	18,000.000 fr.
Hotel o 200 pokojach	4,000.000 „
Szpital	1,500.000 „
Warsztaty	2,000.000 „
Magazyny	3,000.000 „
Urządzenia elektryczne	2,000.000 „
Stacja elektryczna	7,000.000 „
Wodociąg z całem urządzeniem	1,400.000 „
Kanalizacja	700.000 „
Stacja oczyszczania ścieków	300.000 „
Urządzenie ogrodów	600.000 „
Razem	40,500.000 fr.

Podane tu są oczywiście cyfry okrągłe; należałoby jeszcze dodać koszt przeprowadzenia dróg, których jest przeszło 8 km; są to szosy (serpentyny), których przeprowadzenie wobec nierównego i skalistego terenu było trudne.

Każdego musi uderzyć taniość budowy (100.000 fr. = 35.000 złotych — koszt dwurodzinnego domu o 10 ubikacjach łącznie). Roboty są prowadzone przez przedsiębiorstwo, które złożyło najtańszą ofertę na skutek ogłoszonego konkursu, nadzór nad robotami ma architekt z ramienia Federacji (p. Forestier). Komitet osiedla z p. Delsuc na czele wchodzi we wszystkie szczegóły finansowe i techniczne, nadzór jest więc ciągły i bardzo ścisły. Pomimo to p. Delsuc twierdzi, że na przyszłość dalszą rozbudowę osiedla będzie prowadził sposobem gospodarczym; twierdzi, że już obecna cena niektórych objektów jest o 70% niższa od kosztorysu, podawanego przez przedsiębiorstwa prywatne (np. hotelu, którego projekt kosztorysu wyniósł do 20 miljonów fr., koszt właściwy budowy wynosi 4 miljony fr.).

Jak się przedstawia plan finansowy osiedla? Budowa istniejącej części osiedla została dokonana z dotacji rządowej. Kolonja ma być całkowicie samowystarczalna, podstawą dochodów mają być opłaty komornego. Rodzina ma płacić miesięcznie 125 fr. za mieszkanie, oddzielnie za wodę i elektryczność (jako światło i opał). Cena elektryczności ma być bardzo niska — 13 centimów za kilowat; za zużycie energji elektrycznej przewiduje się opłatę w wysokości 3.000—4.000 fr. rocznie od mieszkania, samotni mają płacić 30 fr. dziennie za mieszkanie wraz z utrzymaniem i usługą w hotelu; przypuszczalny własny koszt utrzymania w hotelu wyniesie 20 fr. dziennie, co daje przy 150 mieszkańcach 1.500 fr. nadwyżki dziennie. Inne dochody preliminuje się z przedsiębiorstw kolonji: sklepów, warsztatów, ogrodów, stawu rybnego. Wszystkie te przedsiębiorstwa są administrowane przez gminę. Pracownicy przedsiębiorstw, rekrutujący się z mieszkańców kolonji, będą płatni według norm zwykłych w przedsiębiorstwach. Dochody z opłat od mieszkań i z przedsiębiorstw (z wyjątkiem sklepów) mają wystarczyć na utrzymanie administracji, remonty, utrzymanie dróg i t. p., a także na amortyzację włożonego kapitału. Czysty zysk z magazynów (sklepów) jest przeznaczony całkowicie na utrzymanie urządzeń i służby zdrowia (przychodnia, szpital).

Są to obliczenia narazie teoretyczne. Pierwszy rok doświadczenia ma przynieść obserwacje, które posłużą do opracowania szczegółowego preliminarza. (Otrzymałam od p. Delsuc obietnicę przysłania mi takiego preliminarza po roku).

Dochody mieszkańców składają się z pensji inwalidzkiej i zarobków w przedsiębiorstwach kolonji. Te źródła dochodów są zupełnie od siebie niezależne — zajmowanie posady na kolonji nie wpływa na wysokość zaopatrzenia inwalidzkiego.

Wysokość zaopatrzenia inwalidzkiego wynosi we Francji, niezależnie od rangi, najmniej 7.000 fr. rocznie. Inwalida wojenny, mający 100% niezdolności do pracy, otrzymuje ponadto 10.000 fr. rocznie na leczenie pod warunkiem niepodejmowania pracy zarobkowej. Wszyscy chorzy na gruźlicę płuc mają przyznane 100% niezdolności do pracy. Stąd zaopatrzenie przeciętnego mieszkańca osiedla Clairvivre wynosi 17.000 fr. rocznie (6.000 zł.). Jest to kwota wystarczająca dla rodziny, zamieszkałej na kolonji, wobec niskich opłat za mieszkania i produkty na miejscu, oraz możności dodatkowego zarobku.

Członkowie Federacji, pragnący otrzymać przydział do kolonji, składają deklarację, ich kwalifikacje zdrowotne są badane przez komisję lekarską, po zbadaniu przez określoną przychodnię przeciwgruźliczą; ponieważ zgłoszeń jest kilka tysięcy, a miejsc nieco powyżej 500, wybór jest bardzo staranny.

Mieszkaniec osiedla jest jego lokatorem. Umowa pomiędzy Towarzystwem domów rannych płucnych i poszczególnym lokatorem opiera się na kontrakcie, który zawiera omówienie, pozwalające władzom osiedla na usunięcie nieodpowiedniego mieszkańca bez zwykłej procedury sądowej i prawa do odwołania się do sądów, jak to się dzieje pomiędzy zwykłymi lokatorami i właścicielami domów. W razie śmierci członka Federacji, zamieszkałego w osiedlu, rodzina jego ma prawo korzystania z mieszkania i urządzeń, a Federacja ma obowiązek moralny zaopiekowania się tą rodziną.

Zgodnie z przypuszczalnym składem ludności w ogólnej liczbie 1.500 osób została zaprojektowana opieka lekarsko-pielęgniarska. Licząc 56 dzieci od 2 lat, należy im zapewnić przynajmniej jednokrotne badanie lekarskie z przychodni w ciągu miesiąca, wyniesie to jednak dzień pracy przychodni tygodniowo, pozatem najmłodsi będą ważeni w międzyczasie w domu, a także będą przeprowadzone szczepienia BCG, przeciwospowe, przeciwbłonicze i systematycznie próba Pirquet'a. Dzieci w wieku przedszkolnym 2—4 lat w liczbie 54 będą badane co 2 miesiące, wyniesie to 1 dzień pracy przychodni co 2 tygodnie; dzieci te będą zajęte w 2 grupach w ogródkach dziecięcych.

Dzieci w wieku szkolnym od 5 do 14 lat w liczbie 355 będą zajęte w 2 szkołach na otwartem powietrzu (dla każdej płci oddzielnie). Każde dziecko będzie zbadane szczegółowo 2 razy w ciągu roku, co daje 1 dzień pracy przychodni w ciągu 10 miesięcy szkolnych. Dzieci szkolne będą ważone co miesiąc w szkole i w razie odchylenia ujemnego wagi o 10% będą specjalnie badane i leczone. Młodzież od 15 do 19 lat w liczbie 160 osób będzie badana 2 razy w ciągu roku, co daje 2 dni pracy przychodni w ciągu miesiąca. Młodzież od 20 do 29 lat w liczbie 83 osób będzie się rekrutowała z mieszkańców hotelu i szeregu osób, pełniących rozmaite funkcje (techniczne, publiczne). Będą oni badani zależnie od potrzeby. Ojcowie rodzin, chorzy na gruźlicę, w liczbie 372 będą badani przynajmniej raz na miesiąc, co zajmie przychodnię codzień w ciągu pół dnia. Każda z tych rodzin będzie przynajmniej raz na miesiąc odwiedzana przez pielęgniarkę społeczną, prócz tego wszyscy ci chorzy ojcowie rodzin będą pod staranną, chociaż nielekarską, obserwacją instruktorów-kierowników warsztatów, którzy, będąc sami chorzy — dawniej lub obecnie — będą się właściwie orjentowali w ozna-

kach pogorszenia, które mogą poprzedzać zaburzenia poważniejsze. Z zestawienia powyższych obliczeń wynika, że przychodnia będzie miała całkowity czas pracy zajęty: 4 dni niemowlęta, 2 — dzieci przedszkolne, 4 — dzieci szkolne, 2 — starsza młodzież, 12 — ojcowie rodzin, razem 24 dni; resztę zajmą porady oto-laryngologiczne, oczne, przeciwweneryczne i t. p. W obecnej chwili jest zaangażowany kierownik-lekarz i 2 asystentów dla przychodni i szpitala; na przyszłość jest przewidziany: lekarz-dyrektor, lekarz-ftizjolog, lekarz-praktyk ogólny, pedjatra i epidemjolog, asystent, kontroler sanitarny (nie-lekarz), asystent i technik laboratoryjny; pozatem jako konsultanci dojeżdżający byliby okulista, dentysta, chirurg, ginekolog, psychjatra i inni w miarę potrzeby.

Personel pomocniczy, pielęgniarsko-społeczny będzie się składał z kierowniczki tego działu, która powinna objąć szpital, przychodnię, hotel i pracę wśród rodzin, sekretarki do spraw biurowych, 4 pielęgniarek szpitalnych (naczelnej, dla działu gruźlicy, ogólnego i dziecięcego), 3 pielęgniarek przychodni (naczelnej, dla porad okresowych, dla porad nieokresowych); 4 pracownic społecznych (naczelnej, pielęgniarki do spraw opieki nad dzieckiem, 2 wywiadowczyń). Wywiadowczynie domowe, poza zwykłą pracą, ważą niemowlęta w domu i wykonywują pielęgniarstwo domowe. Tak się przedstawia organizacja w przyszłości działu lekarsko-społecznego, który pracuje pod kierunkiem Dr. Forestier niezależnie od dwóch innych działów: zarządu nieruchomości i przemysłu i handlu.

Czy można kolonji rokować dobrą przyszłość? Z całą pewnością tak. Ma ona wszelkie niezbędne warunki: piękną ideę w założeniu, grupę entuzjastów na czele organizacji, poparcie rządu, poparcie sfer naukowych i społeczeństwa. Ale przedewszystkiem jest ona potrzebna, jest ładna, zapewnia dobre warunki życia, odpowiednią pracę, dobre samopoczucie. Sądzę, że będzie ona również udatnym pokazem pewnej nowej formy współżycia ludzi. Miałam wątpliwości, czy byli kombatanci — Francuzi potrafią poddać się regulaminowi, zresztą dość rygorystycznemu (badania, regulamin pracy). P. Delsuc rozwiał moją wątpliwość; powiedział on: Francuz podda się bardzo łatwo przepisom, które sam uzna i przyjmie, mającym moc prawa, bardzo łatwo natomiast wywołać ferment i sprzeciw, gdy zachodzą choćby pozory zamachu na jego swobody obywatelskie i równość praw.

Przed kilku laty w jednodniówce „Dni Przeciwgruźlicze" opisałam kolonję angielską Papworth, którą zwiedziłam. W zakończeniu pisałam: „U nas w Polsce nie zrobiono dotąd nic w tym zakresie — za wiele było innych zadań organizacyjnych na krótki okres niepodległego istnienia, a zapewne przerażała wielkość przedsięwzięcia i pewien pozorny jego „luksus" — zdrowi ludzie nie mają gdzie mieszkać i pracy znaleźć nie mogą, a tu ktoś chce tworzyć uprzywilejowaną klasę spośród chorych, mniej wartościowych członków społeczeństwa. Na to odpowiedzieć można słowami tegoż Dr. Varrier-Jones'a: „dostarczenie odpowiednich mieszkań dla robotników jest polityką szerokich horyzontów, lecz trzeba te nowe mieszkania ochronić od zakażenia", a także, że tym mniej wartościowym członkom społeczeństwa trzeba przywrócić ich pełnowartościowość, wreszcie, *last not least* — przy naszych skromnych środkach trzeba się zdobyć na imprezę, może kosztowną narazie, która jednak, jeśli wierzyć doświadczeniu Anglików, całkowicie się zamortyzuje finansowo, nie mówiąc już o wysokich humanitarnych wartościach kolonji pracy dla chorych na gruźlicę".

Teraz, po dalszych doświadczeniach w Papworth jej wielkiego kierownika Dr. Varrier-Jones'a i po obejrzeniu Clairvivre, po rozmowie z organizatorami kolonji, potem, kiedy zrozumiałam i wyczułam ich dążenia i tęsknotę do normalnego, zdrowego życia, nietylko nie mogę nic zmienić z tego, co napisałam poprzednio, dodam nawet: nie można sobie wyobrazić opieki posanatoryjnej nad chorymi gruźliczymi ani całej akcji „*after care*" bez zapewnienia chorym normalnych warunków bytu w zdrowem otoczeniu, bez pracy i życia rodzinnego, nie można sobie wyobrazić akcji przeciwgruźliczej racjonalnie pomyślanej bez opieki posanatoryjnej.

Jedyny argument, wysuwany przeciwko organizacji kolonji dla chorych na gruźlicę, nie jest argumentem natury lekarskiej. Ostateczne wyniki zdrowotne nie nasuwają żadnych wątpliwości — chorzy czują się dobrze i zdrowieją, dzieci z rodzin tych chorych nietylko nie zarażają się gruźlicą, ale przedstawiają grupę mniej zakażoną, niż dzieci, rosnące w warunkach normalnych. W Papworth dodatni odczyn Pirquet'a występuje 2—3-krotnie rzadziej, niż u dzieci w tym samym wieku w przeciętnem osiedlu.

Argument „*contra*" jest argumentem finansowym. Kolonja jest imprezą podobno kosztowną. Wydaje się, że częściowo ten argument jest słuszny, wydaje się również, że kolonja dla chorych na gruźlicę, mogących liczyć jedynie na opiekę społeczną, byłaby instytucją, przewyższającą możliwości tej opieki społecznej. Natomiast kolonja dla grupy osób, posiadających już pewne zaopatrzenie (wojskowi, emerytowani nauczyciele), dobranych starannie jako typy chorobowe i jako środowisko, może być również w naszych warunkach pomyślana i realizowana.

Czy możliwe jest u nas zrealizowanie kolonji i warsztatów pracy? Wydaje się, że teraz zagadnienie dojrzało do rozwiązania. Sprawa nie jest nowa — pisał o tem Prof. Janiszewski i Płk. Dr. Stefan Rudzki. Warsztaty pracy w sanatorjach są do pomyślenia i nietrudne do zrealizowania, jest to zagadnienie, które szczególnie winno zainteresować Kasy Chorych. Jednak nie może ono być tworzone w oderwaniu od całości warunków otoczenia i życia pacjentów — troskę o dalsze losy pacjenta, o jego powrót do pracy właściwej winny podjąć ubezpieczenia i samorządy w imię własnych interesów.

Kolonje pracy (osiedla) chorych na gruźlicę mogą być realizowane na terenach państwowych lub fundacyjnych. Narazie winny one być tworzone, jak wspomniałam wyżej, dla osób, mających pewne zabezpieczenie, a więc prawie samowystarczalne; działalność tych osiedli dostarczy doświadczenia dla tworzenia osiedli, opartych o opiekę społeczną. Pewne próby są u nas dokonywane w dziedzinie opieki pozazakładowej nad umysłowo chorymi z dobremi wynikami. Gruźlica jest tak wielkiem i poważnem zagadnieniem, że nie można się cofnąć przed żadną próbą rozwiązania tego zagadnienia na jakimkolwiek odcinku.

Przewodniczący, zagajając dyskusję, prosi zebranych o wypowiedzenie się, czy warunki obecne pozwalają na realizowanie podanych w referacie Dr. Skokowskiej-Rudolfowej tez.

Dr. Gosiewski zapytuje, jaki jest wynik leczniczy tych kolonij, gdyż pod kątem widzenia rezultatów należy oceniać przedłożone tezy.

Należy również zwrócić uwagę, że jesteśmy w stanie ciasnoty rynku i nadprodukcji, wobec tego zachodzi pytanie, czy słuszne będzie w stosunku do bezrobotnych, jeżeli rzucimy na rynek deprecjonujące towary. Powstaje również zagadnienie kosztów, istnieje bowiem obawa, że koszty, związane z realizacją tez, zbytnio obarczą biedne społeczeństwo. Mówca zwraca uwagę, że akcja w kierunku warsztatów pracy dla chorych gruźliczych jest akcją końcową w walce z gruźlicą — należy rozpocząć tę walkę na wsi i stworzyć przedewszystkiem odpowiednią sieć przychodni.

Dr. Skokowska-Rudolfowa zaznacza, że wytwory pracy chorych nie powinny obniżać cen, zaś zatrudnienie chorych odciąża częściowo opiekę społeczną. Wysiłek w rozbudowie przychodni jest duży, lecz przychodnia musi mieć odpływ swych chorych.

Dr. Szczepański zaznacza, że nie może być mowy o leczeniu pracą gruźlicy, można jedynie mówić o działaniu psychicznem pracy na chorego. Mówca podkreśla, iż fakt poruszenia kwestji pracy w sanatorjach ma znaczenie dodatnie. W sanatorjum chory może pracować, ale na to trzeba mieć fundusze: na materjał i na instruktora. Na psychikę chorego dobrze wpływa wykonywanie jakiejś pracy dla sanatorjum; w każdym razie należy wpływać na sanatorja, aby one zaczęły pracę wśród chorych.

Dr. Rudzki zaznacza, że kwestja warsztatów pracy dla gruźliczych już była poruszana na zjeździe międzynarodowym w Hadze. Wyłoniona w tej sprawie komisja miała duże wątpliwości; w Polsce kwestja warsztatów nie była dotychczas poruszana.

W Holandji, gdzie istnieją zakłady dla chorych gruźliczych, panuje duża rozbieżność — sąsiednie zakłady wręcz odmiennie działają, stosując różne metody leczenia, zreedukowania chorych oraz samowystarczalności zakładu. Na zjeździe tym były wygłaszane zdania rozmaite, lecz wszyscy mówcy podkreślali konieczność dostosowania warsztatów pracy do miejscowych warunków.

Dr. Martyszewski zaznacza, że w pierwszych miesiącach nie można mówić o pracy chorych na otwartem powietrzu.

Prof. Dr. Orłowski zaznacza, że praca może być czynnikiem pożytecznym, ale może być również ujemnym, powinniśmy ją bardzo oględnie stosować, należy rozważyć, czy można dać pracę choremu; utopją jest, aby można było rozbudować warsztaty pracy dla chorych, można to uczynić jedynie w dobrze rozbudowanych sanatorjach; w większości przypadków do sanatorjów społecznych przesyła się chorych tylko na ograniczony okres czasu. Ze względu na to, że do sanatorjów przesyła się chorych z czynną gruźlicą, przeto większa część chorych nie może być wykorzystana do pracy. Tworzenie osiedli jest rzeczą

nierealną, lepiej byłoby należycie rozbudować przychodnie; warsztaty pracy przy sanatorjach społecznych mogą nie funkcjonować należycie.

Dr. Misiewiczówna znajduje, że osiedla to rzecz zbytku, ale tańsze sanatorjum łącznie z warsztatami będzie bardzo korzystne; praca ta jest dopełnieniem do leczenia sanatoryjnego.

Dr. Szczepański zwraca uwagę, że pracą nie można leczyć ciężko chorego; potrzeba czasu, aby wywnioskować, do czego dana jednostka byłaby zdolna.

Dr. Skokowska-Rudolfowa zaznacza, że sprawa osiedli jest możliwa do realizowania w majątkach fundacyjnych, istnieją bowiem fundacje, które w ten sposób mogłyby być zużytkowane.

Przewodniczący, reasumując wyniki dyskusji, stwierdza, że nie było ani jednego głosu, przemawiającego przeciwko warsztatom pracy, natomiast poszczególni mówcy wypowiadali się za rozpoczęciem pracy w sanatorjach, o ile ta praca będzie różniczkowana i oględnie prowadzona przez lekarzy.

Dok. nast.

IX ZJAZDOWI MIĘDZYNARODOWEGO ZWIĄZKU PRZECIWGRUŹLICZEGO SKŁADA ŻYCZENIA OWOCNYCH OBRAD

REDAKCJA P. G. L.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Zmarli.

Prof. Leon Bernard, dyrektor Kliniki Gruźliczej na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Paryskiego, najwybitniejszy ftizjolog francuski doby obecnej, autor znakomitych prac o gruźlicy, zmarł w Clermont-Ferrand. Smutna ta wiadomość okrywa żałobą zbiarający się IX Zjazd Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie, na którym zmarły uczony wygłosić miał referat programowy o przychodniach przeciwgruźliczych. Zmarłemu poświęci P. Gaz. Lek. obszerniejsze wspomnienie pośmiertne.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

W dniu 17 czerwca b. r. pod przewodnictwem Prezesa N. I. L. Dr. Witolda Chodźki odbyło się drugie posiedzenie Komisji badań w sprawie dostosowania studjów lekarskich do obecnych warunków społecznych. W myśl uchwały pierwszego posiedzenia zostały wygłoszone trzy zasadnicze referaty, a mianowicie: Prof. Ludwika Zembrzuskiego: „Rzut oka na dzieje kształcenia lekarzy w Polsce i na reformy podejmowane w tym kierunku“; Doc. Dr. Gustawa Szulca: „Reforma studjów lekarskich“ oraz postulaty Generała Dr. Roupperta, dotyczące reformy studjów z punktu widzenia obrony Państwa.

Po ożywionej dyskusji zostały wyłonione następujące podkomisje: ogólna pod przewodnictwem Prof. M. Michałowicza w składzie: Prof. Czubalski, Doc. Szulc, Doc. Zembrzuski, Gen. Rouppert; dokształcania pod przewodnictwem Ministra Chodźki w składzie: Prof. Szenajch, Prof. Jonscher, Doc. Szulc, Dr. Kacprzak i Dr. Zachert — i wojskowa pod przewodnictwem Gen. Rouppertа w składzie: Gen. Kołłątaj-Srzednicki, Doc. Szulc, Dr. Mozołowski, Dr. Babecki, Dr. Nowakowski i Dr. Konopka.

Sprawy zawodowe.

Ustanowienie Izby Lekarskiej na Śląsku. W „Dzienniku Ustaw“ Nr. 70 z dnia 4 sierpnia b. r. ukazało się rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej, ustanawiające śląską okręgową Izbę Lekarską z siedzibą w Katowicach.

Działalność Izby obejmuje cały obszar województwa śląskiego.

Różne.

Le Siècle Médicale Nr. 179, z dnia 15 lipca b. r. donosi, jakoby Rząd Polski postanowił nie uznawać dyplomów lekarskich, otrzymanych zagranicą w przeciągu najbliższych 10 lat. Po tym czasie warunki nostryfikacyjne mają być jeszcze bardziej obostrzone.

Obok już notowanych nowych wypadków psitakozy w Niemczech, głównie w Berlinie, stwierdzono około 50 przypadków tej choroby w Pittsburgu (Pensylwanja, Stany Zjedn. Am. Płn.). Epidemja wybuchła w związku z przysłaniem do tego miasta 130 papug z Kalifornji.

Władze niemieckie wydały rozporządzenie dla zwalczania choroby papuziej (psitakozy). Rozporządzenie to reguluje handel papugami, poddając go pod ścisłą kontrolę lekarzy weterynaryjnych.

Według opinji kół lekarskich francuskich odżywienie ludności francuskiej jest naogół dostateczne. Braki w odżywieniu stwierdza się tylko w sferach najuboższych, albo też wśród klas najbogatszych, gównie u kobiet, ze względu na wymogi mody. Niekorzystnemu nadmiernemu odżywieniu i alkoholizmowi przeciwdziała wychowanie fizyczne i uprawianie sportów, coraz bardziej się rozpowszechniające. Za najważniejsze błędy odżywienia francuskiego uważają higieniści: 1) chleb złej jakości i źle wypieczony, 2) mleko pochodzące od krów źle żywionych i chorych, 3) możliwości niebezpieczeństwa zakażenia mięczakami morskiemi, głównie ostrygami, wydobywanemi z wód portowych, zanieczyszczanych odchodami miejskiemi.

Spowodu eksplozji par eterowych na sali operacyjnej w jednej z klinik niemieckich, pruski minister spraw wewnętrznych zakazał stosowania narkozy eterowej, o ile niema urządzeń zapewniających usuwanie par eterowych ze sali operacyjnej.

Nowe pismo. Trzy wielkie towarzystwa lekarskie w Szwajcarji, a to Tow. Internistów, Chirurgów i Ginekologów przystąpiły do wydawania nowego pisma, korzystając z pomocy finansowej firmy farmaceutycznej „Ciba“ w Bazylei. Tytuł pisma: *Helvetica Medica Acta.*

Studenci francuscy protestują bardzo energicznie przeciw nadmiarowi obcokrajowców na uniwersytetach i w szpitalach francuskich, utrudniających im odbywanie przepisanych praktyk szpitalnych — zapowiadając stanowcze przeciwdziałanie temu stanowi rzeczy.

W Paryżu przystąpiono do budowy specjalnego szpitala dla niesienia pomocy w wypadkach ulicznych. Szpital, obliczony na 47 łóżek i zaopatrzony w wszystkie urządzenia chirurgiczne, powstaje kosztem 4 i pół miljona fr. fr. z fundacji prywatnej. Koszta utrzymania szpitala obliczone są na 1 miljon fr. fr. rocznie.

Uniwersytet hebrajski w Nowym Jorku otrzymał z zapisów prywatnych 200.000 dolarów na urządzenie i prowadzenie stacji dla badań nad rakiem.

W Palestynie nieznany ofiarodawca złożył przeszło 2,5 miljona franków uniwersytetowi hebrajskiemu w Jerozolimie celem założenia instytutu badania raka.

Oddział „Bayer“ firmy I. G. F. w Leverkusen wytwarza nowy środek przeciwrakowy: Fischera 365. Dla zapobieżenia bezkrytycznemu stosowaniu tego jeszcze niedostatecznie w swem działaniu poznanego środka, (polecanego obecnie tylko w przypadkach nienadających się już do operacji i naświetlań) wydaje go fabryka tylko na imię kliniki lub lekarza leczącego.

W najbliższym czasie powstanie w Bukareszcie nowy Instytut zdrowia publicznego i higjeny, uruchomiony wspólnym kosztem rządu rumuńskiego, samorządu miejskiego bukaresztеńskiego i funduszu Rockefellera.

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.